

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
DARABOS PÁL DR.
FISCHER ANTAL DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felélős szerkesztő:
TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:
PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.
VÉRTES LÁSZLÓ DR.

*

117. ÉVFOLYAM

*

36. SZÁM

*

1976. SZEPTEMBER 5.

TARTALOMJEGYZÉK

Ferenc Adrienne dr., Binder László dr.,
Kovács Ferenc dr., Káli Gábor dr.,
Hollós Iván dr. és Pálffy Ágnes dr.:

Herpes simplex vírus okozta
neuroinfectiók felnőttkorban 2163

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Stuber Adrienne dr. és Paksi András dr.:

A húgysav/kreatinin index
egészséges és mentálisan retardált
populációban 2167

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Kiss Gabriella dr. és Hoványi Mátyás dr.:

Pacemaker therapiában részesült betegek
szív-infarktuszának EKG diagnosisa 2170

Pintér András dr. és Bakó Márta dr.:

Bakteriális veszélyeztetettség
és antibiotikus védelem
az újszülöttsebészetben 2178

IATROGEN ÁRTALMAK

Gachályi Béla dr., Káldor Antal dr.
és Turi Károly dr.:

Háromszoros súlyos gyógyszerártalom esete 2185

HORUS

Orvostudományi Dokumentációs Szolgálat

A tuberkulózis elleni küzdelem
kibontakozása Magyarországon II. 2187

Santorio Santorio 2189

Bókay Árpád 2191

Alexander Béla,
a röntgenológia első magyar oktatója 2193

Elhalálások 2194

Folyóiratreferátumok 2197

Levelek a szerkesztőhöz 2213

Könyvismertetés 2217

Egészségügyi tájékoztató 2222

CLINIUM *tabletta*

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 60 mg lidoflazinumot tartalmaz.

HATÁS

A Clinium tartós orális adagolása – coronaria resistencia csökkentésével – javítja a collateralis keringést és a myocardium revascularizációját is elősegíti.

JAVALLATOK

Coronariasclerosis következtében fellépő angina pectoris. Myocardialis infarctus, illetve recidiva profilaxisa.

ELLENJAVALLATOK

A szív ingerképzési és ingerületvezetési zavarai. Myocardialis infarctus acut szakasza. Terhesség.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS

A Clinium optimális terápiás hatásának kialakulásához általában 6 hónapos kezelési időtartam szükséges.

A Clinium átlagos napi adagja 3×1 tablettá, azonban célszerű ehhez az adaghoz fokozatosan eljutni:

- a kezelés első hetében naponta 1 tablettá,
- a második héten naponta 2×1 tablettá,
- a harmadik héttől kezdve naponta 3×1 tablettá a kúra befejezéséig.

MEGJEGYZÉS

A Clinium és szív-glycosidok, diureticumok, ill. mellékhatásként ritmuszavart okozó készítmények együttes rendelése csak különösen körültekintő ellenőrzés mellett ajánlatos.

MELLÉKHATÁS

Az ellenjavallatok kizárása és megfelelő adagolás mellett mellékhatások alig alakulnak ki. Ritkán előfordulhat fejfájás, szédülés, fülzúgás, esetleg átmeneti emésztési zavar.

FIGYELMEZTETÉS

Ha az EKG görbén a Q–T szakasz megnyúlása látható, vagy ha kamrai extrasystolék lépnek fel, akkor az adagot csökkenteni kell.

MEGJEGYZÉS:

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján fekvőbeteg-gyógyintézet belgyógyászati osztályának vezetője vagy cardiológiai szaktanácsadóval megbízott főorvos kórházi gyógykezelés, illetve kivizsgálás után rendelheti vagy javasolhatja. A javaslat alapján a beteg kezelő orvosa (körzeti, üzemi orvosa) is rendelheti.

A vényen a kórismét, valamint a javaslatot adó fekvőbeteg-gyógyintézetet és a javaslat keltét fel kell tüntetni. A vényt 2 példányban (másolattal) kell kiállítani.

CSOMAGOLÁS

50 tablettá 118,- Ft.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

Herpes simplex vírus okozta neuroinfectiók felnőttkorban

Ferencz Adrienne dr., Binder László dr.,
Kovács Ferenc dr., Káli Gábor dr.,
Hollós Iván dr. és Pálfi Ágnes dr.

A herpes simplex vírus (HSV) emberi neurotropismusát először Smith és mtsai (52) igazolták 1941-ben, kimutatva a vírust encephalitisben meghalt csecsemő agyából. E közlés óta a HSV okozta neuroinfectiókat jóllehet sikerült alaposabban megismerni, sőt a vonatkozó irodalom már-már áttekinthetetlen, a pathogenesis, a diagnosztika és a therapia számos kérdése még megoldatlan. A HSV mindkét típusa képes idegrendszeri fertőzést létrehozni.

Az 1. típusú HSV neuroinfectio prototípusa és egyben legsúlyosabb formája az acut necrotizáló encephalitis (10, 22, 25, 34, 35, 40, 41, 45, 51), amelynek letalitása 50–70% (29, 43) és a túlélőkön gyakoriak az idegrendszeri maradványtünetek. Az agyvelő gyulladása ölthet egyéb formát is (6). Megnyilvánulhat az 1. típusú HSV neuroinfectio asepticus meningitisben (1, 9, 16, 37, 53), myelitisben, polyradiculitisben (15, 37, 39), facialis és trigeminus neuritisben (11) is.

A herpes genitalis kórokozójának a 2. típusú HSV-nak kóroki szerepét elsősorban asepticus meningitisben és polyradiculitisben írták le (23, 24, 44, 50).

A HSV neuroinfectióknak specifikus tünete nincs. Legfeljebb az encephalitis hyperacut, gyorsan mély comához vezető, convulsiókkal tarkított kezdete, többször az egy gócot jelző, tályog gyanúját felvető tünetek vagy az egyidejűleg fennálló más herpeses manifestációk ébreszthetik a HSV aetiologia gyanúját. Biztos diagnosis csak a virológiai és serológiai vizsgálatoktól várható.

Encephalitisben legmegbízhatóbbnak a vírusnak biopsiával nyert agycylinderről való kimutatását tartják (22, 31, 40). Az ehhez szükséges idő immunfluorescens technika alkalmazásával (47) 2–3 óra. Ugyancsak sikerült egyeseknek a vírust ugyanezen technikával a liquor cerebrospinalisban található sejtekben is kimutatni (49).

A liquorból több szerzőnek ritkán vagy egyáltalán nem sikerült a HSV-t izolálni (5, 9, 17, 20, 28, 40, 48), mások vizsgálatai viszont eredményesebbek voltak (13, 48, 49, 50, 51).

A HSV fertőzést a komplementkötő (1), neut-

ralizáló (40) és a komplementet igénylő neutralizáló ellenanyagok (27) vérbeni megszaporodása bizonyítja, de a serológiai vizsgálatok eredményeinek értékelése nehéz. Újabban a liquorban kimutatható HSV ellenanyagok megjelenésének tulajdonítanak nagyobb jelentőséget (31, 32, 33).

Jelen munkánk célja, hogy vírusizolálás és serológiai vizsgálatok segítségével felmérjük a hazai felnőttkori neuroinfectiók között a HSV kóroki szerepének gyakoriságát, bemutassuk a HSV okozta idegrendszeri fertőzések megjelenési formáit és rámutassunk azok diagnosztikus és therapiás problémáira.

Beteganyag és módszerek

Vizsgálataink a László Kórház I. sz. belgyógyászati osztályán 1973. I. 1–1975. IX. 30-ig idegrendszeri fertőzés miatt ápolt 281 betegre terjedtek ki. Valamennyien férfiak voltak, mivel az osztályra (szervezési okokból) az idegrendszeri fertőző betegségben szenvedők közül kizárólag férfiak kerülnek. Életkoruk 16–68 év között volt. A szokásos klinikai és laboratóriumi vizsgálatokon kívül minden esetben megkíséreltük a liquorból a HSV-t izolálni és neutralizációs próbákkal a serum HSV ellenanyagtartalmát nyomon követni, kivéve azokat az eseteket, amelyekben az egyéb aetiologia már eleve tisztázott volt. Serológiai vizsgálatokat végeztünk ezen kívül LCM-, mumps-, influenza- és adenovírusok irányában is.

Betegeinken egy vagy több ízben EEG vizsgálat is történt (54).

A HSV izolálását és identifikálását részben folyamatos nyúlvese sejtvonalon, részben fiastojás chorioallantois membránján (CAM) végeztük (26). A sejtvonalon a jellegzetes cytopathogen hatás megjelenését 10 napon át figyeltük, a fiastojáson pedig egy vagy két vak-passage után, a jellemző pockok (csomók) kialakulását. A pockszám meghatározását Roizman és mtsai (46) szerint, hígítási sorozatból végeztük.

Az ellenanyag meghatározását nem inaktivált savóban, ill. liquorban végeztük. Saját HSV törzsünk nyúlvese sejtvonalon termelt CAM-on betitrált suspensióját –60 °C-on tartottuk, amelyből minden meghatározáshoz új ampullát nyitottunk. A titrálendő ellenanyag 1:25-től kezdődő kétszeres hígítási sorozatát kb. 100 PFU/0,1 ml-nyi (pock-képző egység) vírus-suspensióval 1:1 arányban összekevertük és 37 °C-on egy óráig inkubáltuk. A kontroll vírus-suspensióhoz pufferolt sóoldatot (PBS) adtunk. Ezután 0,1–0,1 ml-eket oltottunk 12 napos fiastojások állégszákjára. A tojásokat 72 órai inkubálás után felnyitottuk és kézinagyító alatt megszámláltuk a pockokat. Azt a legnagyobb savóhígítást tekintettük a neutralizáció titerének, amely a kontrollhoz képest több mint 50%-os pock-szám csökkenést okozott.

A standard savóval végzett neutralizáció a herpes simplex hominis identifikálására alkalmas volt. Significánsnak az ismételt vizsgálatok során észlelt legalább négyszeres neutralizációs titeremelkedést tartottuk.

Eredmények

281 neuroinfectióban szenvedő betegünk közül 39-nek sikerült a liquorából HSV-t izolálni. Azokat a betegeket kiknek liquorában HSV-t találtunk, két csoportra osztottuk.

Az első csoportba azt a 26 beteget sorolhatjuk, akiknek liquorában HSV volt és savójukban a betegség lefolyása során legalább négyszeres neutralizációs titeremelkedést észleltünk, valamint egyéb vizsgálatokkal sem sikerült más aetiológiát bizonyítani.

**HSV okozta neuroinfectiók
kórkép szerinti megoszlása**

1. táblázat

Kórkép	Eset- szám
Meningitis.....	7
Encephalitis.....	11
enyhe lefolyású 7	
súlyos lefolyású 4	
Meningoencephalitis	4
Meningoencephalitis + polymyo- sitis	1
Meningoencephaloradiculitis	1
Ascendáló radiculomyelitis	1
Radiculitis	1

Összesen 26

A második csoportba olyan betegek kerültek, akiknek ugyan HSV volt liquorából izolálható, de egyéb vizsgálatok más aetiológiát bizonyítottak.

Az első csoport klinikai kórkép szerinti megoszlását az 1. táblázat mutatja. Hét betegnek volt enyhe, maradvány nélkül gyógyuló asepticus meningitise.

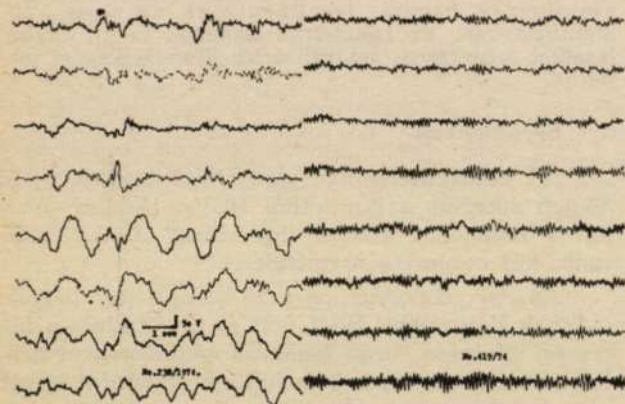
L. J., 27 éves.

Egynapos, 38 °C-ig terjedő láz, főfájás miatt vidéki belgyógyászati osztályon nyert felvételt. Három nap múlva mérsékelt tarkókörtöttség, meningealis izgalmi jelek miatt helyezték osztályunkra. A víztiszta liquorban sejtszám: 245/mm³, fehérje: 0,8 ezrelék, üledékben: lymphocyták. Liquorából HSV-t izoláltunk. A serum neutralizációs titer felvételkor: negatív, két hét múlva 1:100, 3 hét múlva serosus meningitise gyógyult.

Az agyvelő gyulladására utaló tüneteket 17 esetben észleltünk, közülük 6-ban az encephalitist a liquorban pleiocytosis kísérte, amelyek közül egyben radiculitises tüneteket is észleltünk, egy másikban az idegrendszeri gyulladás gyors lezajlását recidiváló EMG-vel is igazolt polymyositis követte. Valamennyi meningoencephalitises beteg maradvány nélkül meggyógyult.

Sz. J., 27 éves.

Egyhetes láz, főfájás, hányás után belgyógyászati osztályon nyert felvételt. Két nap múlva zavart sensoriummal, pozitív meningealis tünetekkel helyezték osztályunkra. EEG: diffúzán irregularis alfa-béta háttértevékenység, melyet bal temporalis dominanciával,



ábra.

gyakrabban a hátsó területeken irregularis theta-delta csoportok törnek meg. Liquorban sejtszám: 865/mm³, fehérje: 2,56 ezrelék, üledékben lymphocyták. Liquorából HSV-t izoláltunk. A serum neutralizációs titer felvételkor: negatív, két hét múlva 1:75. Ápolása 20. napján mind a négy végtagban heves fájdalommal járó EMG-vel igazolt myositis alakult ki. Steroid adás mellett gyors javulást észleltünk. A steroid elhagyását követően 4 nappal polymyositis recidivált. Újabb steroid adásra 10 nap alatt rendeződött. 45 napi ápolás után gyógyultan távozott.

A 11 „tisztá” encephalitis közül 4 súlyos volt és kettőben az egy gócba utaló tünetek angiographiát is szükségessé tettek, ami negatív eredménnyel járt.

H. G., 28 éves.

Lázatlan állapotban, 5 napja fokozódó főfájás, kettős látás miatt nyert felvételt. Felvételkor sem tarkókörtöttség, sem meningealis izgalmi tünet nem volt. Liquorban sejtszám: 50/mm³, fehérje: 0,41 ezrelék, üledékben: lymphocyták. EEG: elvezetés a két félteke felett középső temporalis referens elektróda alkalmazásával. (I–IV. csatorna: jobb oldal, V–VIII. csatorna bal oldal.) 238/1974: acut szakban készült EEG. Baloldalt temporalisan irregularis delta tevékenység, mellősi területi amplitúdó maximummal. Mély temporalis gócba utaló EEG. 419/47: mindkét oldalon 9 cps ritmusos alfa tevékenység (ábra). A szemfenéki kép gyors romlása (4 nap alatt 1,5 D prominentia, vérzések fokozódása) koponyaűri térszűkítő folyamat gyanúját keltette. A bal oldali carotis angiographia negatív volt. Felvételkor nyert liquorból HSV-t izoláltunk, serum neutralizációs titer ugyanekkor: 1:25, két hét múlva 1:100. A betegség 4. hetétől fokozatosan javuló szemfenéki kép. 3 hónap alatt maradéktalanul gyógyult.

Valamennyi encephalitises beteg meggyógyult, de a súlyosak közül egyben bal alsóvégtag-paresis, kettőben intellektuális károsodás maradt vissza. (Meg kell jegyeznünk, hogy a vizsgált periódusban a területről közvetlenül kórházunk respirációs osztályára került 3 felnőtt acut necrotizáló HSV encephalitisben szenvedő beteg meghalt.)

K. S., 52 éves.

Felvétele előtt 3 héttel 5 napig lázas felsőlégúti hurut miatt kezelték otthonában. Kétnapos, 38 °C-ig terjedő láz, felvétele napján hirtelen kialakuló sensoromotoros aphasia, jobb oldali apraxia miatt utalták osztályunkra. Meningealis izgalmi jeleket nem észleltünk, neurológiai tünetei bal oldali hátsó temporalis gócba utaltak. EEG: irregularis 6–7 c/s theta tevékenység dominál, melyet csak ritkán törnek meg gyorsabb frekvenciák. Oldalkülönbség nincs. Liquorban pleiocytosis észlelhető (sejtszám: 10/mm³, fehérje: 0,8 ezrelék). Liquorból HSV-t izoláltunk. Serum neutralizációs titer felvételkor: 1:25, két hét múlva 1:100, 4 hét múlva 1:100. 35 napos ápolás után normális organikus idegrendszeri statussal, gátolt asszociációs készséggel távozott. Fél évig ismételt ellenőrzések során organikus idegrendszeri eltérés nem volt észlelhető, a fokozatos intellektuális leépülés miatt foglalkozását (mérnök) nem tudja folytatni.

Egy esetben észleltünk izolált radiculitist, egy esetben pedig ascendáló radiculomyelitist.

L. J., 37 éves.

Trópusi tartózkodást követően hirtelen fellépő magas láz, felsőlégúti hurutos tünetek, egy napja fokozódó alsóvégtag-gyengeség és vizeleti nehézség kapcsán nyert felvételt. Felvételkor teljes vizelet-retentio, alsó végtagok motoros ereje nagyfokban csökkent,

Esetszám	Életkor		Össze- sen 26
	15-40 év 18	41-68 év 8	
Láz	15	6	21
Herpes labialis	15	5	20
Pneumonia	4	1	5
Eszméletzavar	9	7	16
Idegrendszeri góctünet ...	14	5	19
Oedema papillarum + haemorrh. retinae	1	3	4

Esetszám	Életkor		Össze- sen 26
	15-40 év 18	41-68 év 8	
Normális EEG	8	2	10
Körülírt hátsó területi laesio	3	1	4
Temporalis laesio	2	2	4
Diffúz agyi károsodás EEG jele	5	3	8

élénk inreflexek, hasreflex mko. kiesett. Erzésvizsgálat: tapintóérzés, mélyérzés megtartott. Fájdalomérzés D-VIII. segmentumtól lefelé csökkent, hőérzés D-X. segmentumtól lefelé korlátozott. Mellkas rtg-felvétel jobboldali víruspneumoniát jelzett. Liquorban pleocytosis (sejtszám: $10/\text{mm}^3$, fehérje: 0,7 ezrelék). Liquorból HSV-t izoláltunk. Serum neutralizációs titer felvételtkor: negatív, két hét múlva 1:100, 4 hét múlva 1:75. Négy hét alatt ascendáló radiculomyelitise maradéktalanul gyógyult.

A betegek felvételtkor észlelt klinikai tüneteit a 2. táblázat foglalja össze. Feltűnő a herpes labialis gyakorisága. A pneumonia röntgenmorfológiailag minden esetben jobb oldali víruspneumoniának felelt meg.

Az EEG elváltozásokat összefoglalóan a 3. táblázaton mutatjuk be.

Az e csoportba tartozó betegek közül 18 esetben a betegség kezdetén nem volt kimutatható neutralizáló ellenanyag, a többiekben 1:25, 1:50, egy esetben 1:100 titerben találtunk antitestet. A titerek a betegség folyamán 1:100—1:400, egy esetben 1:75-ig emelkedtek.

Liquorban neutralizáló ellenanyag-kimutatást 20 esetben kíséreltünk meg. Kilenc esetben a betegség kezdetén nem volt kimutatható neutralizáló ellenanyag, 7 esetben 1:25, 3 esetben 1:50, egy esetben 1:100 titerben találtunk antitestet.

Az azonos időben vizsgált serum eredményekkel összevetve 4 esetben azonos volt a liquor és a serum ellenanyag tartalma, 5 esetben magasabb, 2 esetben alacsonyabb.

Eseteinkben csak tüneti kezelést alkalmaztunk, mégpedig szükség szerint dehidrááló kezelést, 5 esetben szteroidot is.

Betegeink másik csoportjába, amelyben a HSV jelenléte mellett más aetiológiát sikerült bizonyítani 13 beteg tartozott.

Meningitis basilaris tuberculosa	2 eset
Kullancs-encephalitis	2 eset
Influenza	3 eset
Lymphocytás choriomeningitis	1 eset
Parotitis epidemica	1 eset
Leptospirosis (L. pomona)	1 eset
Salmonellosis (S. saint paul)	1 eset
Hunt-syndroma	1 eset
Spondylarthritis lumbalis	1 eset

Közülük 7 esetben a serumban a HSV neutralizáló titer emelkedését is észleltük.

Megbeszélés

A HSV okozta betegségek specifikus diagnosztikájának alapvető problémája az, hogy a HSV latens fertőzés formájában gyakorta persistál a szervezetben. Ismeretesebb közlések, hogy a vírus kimutatható a liquorból (6, 9, 13, 17), a trigeminus ganglionokból (3, 4, 42) klinikai betegség nélkül vagy más aetiológiájú idegrendszeri betegségekben is, mint azt az irodalom (2, 14, 56) és saját eseteink is bizonyítják. Így a vírus kimutatása nem bizonyítja feltétlenül annak aetiológiai szerepét.

HSV ellenanyagok jelenléte vagy azok titerének emelkedése önmagában szintén nem bizonyítja az idegrendszeri betegség HSV eredete mellett, tekintve, hogy az ellenanyagok a populatio átfertőzöttsége miatt egészséges egyénekben is gyakran kimutathatók (8, 24, 36), titerük spontán is ingadozik (8, 19, 25), de a titeremelkedést az idegrendszeri betegséggel egy időben fennálló más herpeses manifestatio is okozhatja.

A vírus izolálása a liquorból és az ellenanyagválasz együttesen már erősen valószínűsíti a HSV aetiológiát. Ezt látszik bizonyítani az is, hogy valamennyi esetben, amelyben a HSV más igazolt aetiológia nélkül volt kimutatható, a neutralizáló ellenanyagok serumbeli titere emelkedett, míg 13 olyan esetből, amelyben más aetiológiát is találtunk, csak 7-ben. Nem tudjuk természetesen megmondani, hogy az utóbbi esetekben volt-e a HSV-nak is aetiológiai szerepe. Tovább javítja a diagnosztika biztonságát a neutralizáló ellenanyagok kimutatása a liquorból, mint ez legutóbbi 20 esetünkben történt. Longson (31) szerint a liquorból neutralizáló ellenanyag csak idegrendszeri fertőzés esetén mutatható ki. Az ellenanyagszint korábban emelkedik a liquorban, mint a serumban és tartósan magas marad.

Bár, mint a bevezetőben említettük, HSV encephalitisben a legmegbízhatóbb diagnosztikus eljárásnak a biopsiával nyert agycylinder vizsgálata tartják, s ajánlói, viszonylag veszélytelen eljárásnak említik, úgy gondoljuk, ezt az eljárást csak a legsúlyosabb esetek számára kell fenntartani, amelyekben a gyors diagnosis a therapia szempontjából fontos lehet. A súlyos HSV infekciók specifikus kezelése ugyanis nem kilátástalan. Pyrimidin analógokkal kísérletesen a vírus replikációja gátolható. Klinikai alkalmazásra HSV encephalitisben eddig a jó-deoxyuridin, a cytosin-arabinosid és az adenin-arabinosid került. A hatá-
sosságot illetően a vélemények megoszlok: egye-

sek jó therapiás effektusról számoltak be (18, 21, 38), mások ezt cáfolták (7, 23, 28, 29). Éppen ezért az 1972-ben Manchesterben tartott symposium a kérdés vizsgálatára több helyen végzett kettős vak kísérletek beállítását tartotta szükségesnek (31).

Eseteinkben nem tartottuk szükségesnek e toxicitástól egyáltalán nem mentes szerek alkalmazását. Súlyos eseteinkben dehidráció és szteroid kezelést alkalmaztunk. Az előbbi hatásosságában minden szerző egyetért (21, 30, 43, 55), az utóbbiról a vélemények eltérők (12, 21, 30, 55), káros hatása eseteinkben biztosan nem volt.

A fenti diagnosztikai kritériumok alapján közel 3 éves neuroinfectió anyagunkban a HSV okozta idegrendszeri fertőzések gyakoriságát 90%-nak találtuk. Ez az arány magasabb, mint amit az irodalom közül, amit talán részben a vírusizolálási, serologiai technika javulása, részben a HSV-aetiologia rendszeres keresése magyaráz. Eseteink azt bizonyítják, hogy a HSV idegrendszeri fertőzés változatos klinikai formát ölthet, és hogy a HSV neuroinfectio az esetek többségében nem a közismert acut necrotizáló encephalitis képében zajlik le.

Összefoglalás. Szerzők közel 3 év alatt észlelt 281 idegrendszeri fertőzésből 26 esetben tudtak a liquorból vírusizolálással és serologiai vizsgálatokkal HSV aetiológiát valószínűsíteni. A fertőzés 4 esetben súlyos, 12 esetben enyhébb encephalitis, ill. meningoencephalitis, 7 esetben asepticus meningitis, 1 esetben meningo-encephalo-radiculitis, 2 esetben radiculitis képében zajlott le. Eseteik kapcsán a szerzők tárgyalják a HSV neuroinfectiók diagnosztikus és therapiás problémáit.

IRODALOM: 1. Adair, C. V., Gauld, R. L., Smadel, J. E.: Ann. Intern. Med. 1953, 39, 675. — 2. Armstrong, C.: Public Health. Rep. 1943, 58, 16. — 3. Barringer, J. R., Swoveland, P.: New Eng. J. Med. 1973, 288, 648. — 4. Bastian, F. O. és mtsai: Science. 1972, 178, 306. — 5. Brunell, P. A., Dodd, K.: J. Pediat. 1964, 65, 53. — 6. Buhl, M.: Ugeskrift for Laeger. 1974, 136, 815. — 7. Boston Interhospital Virus Study Group and the NIAID-Sponsored Cooperative Antiviral Clinical Study. New Eng. J. Med. 1975, 292, 599. — 8. Buddingh, G. J. és mtsai: Pediatrics. 1953, 11, 595. — 9. Cappel, R., Klustersky, J.: Arch. Neurol. 1973, 28, 415. — 10. Csermely H.: Ideggyógy. Szle. 1967, 20, 109. — 11. Crousaz, G., Despland, P. A.: Schweiz. Med. Wschr.

1974, 104, 697. — 12. Dobrzynski, L.: Acta virol. 1970, 14, 377. — 13. Enjalbert, L. és mtsai: Ann. Inst. Pasteur Lille. 1962, 102, 153. — 14. Flexner, S., Amoss, H. L.: J. Exp. Med. 1925, 41, 215. — 15. Gayral, L.: Encephale. 1953, 42, 274. — 16. Harford, C. G., Wellinghoff, W. B. A., Weinstein, R. A.: Neurology. 1975, 25, 198. — 17. Herrmann, E. C. jr.: Mayo Clin. Proc. 1967, 42, 744. — 18. Illis, L. S., Merry, R. T. G.: Physicians Lond. 1972, 7, 34. — 19. Jawetz, E.: Fed. Proc. 1952, 11, 472. — 20. Johnson, R. T., Olson, L. C., Buescher, E. L.: Arch. Neurol. 1968, 18, 266. — 21. Johnson, R. T.: Current Therapy. 1974, 693. — 22. Johnson, K. P., Rosenthal, M. M., Lerner, P. I.: Arch. Neurol. 1972, 27, 103. — 23. Juel-Jensen, B. E.: Brit. Med. J. 1973, 1, 406. — 24. Klustersky, J. és mtsai: New Engl. J. Med. 1972, 4, 182. — 25. Leider, W. és mtsai: New Engl. J. Med. 1965, 273, 341. — 26. Lennette, E. H., Schmidt, N. I.: Am. Publ. Hlth. Ass. N. Y. 1969, 641. — 27. Lerner, A. M., Bailey, E. J., Nolan, D. C.: J. Immunol. 1970, 104, 607. — 28. Lerner, A. M., Bailey, E. J.: J. Clin. Invest. 1972, 51, 45. — 29. Liversedge, L. A.: cit. Longson: VI. International Congr. of Infect. and Parasit. Dis. 1974, IX, 23–27. — 30. Longson, M., Beswick, T. S. L.: Lancet. 1971, 1, 749. — 31. Longson, M.: VI. International Congr. of Infect. and Parasit. Dis. 1974, IX, 23–27. Varsó. — 32. Mac Callum, F. O., Potter, J. M., Edwards, D. H.: Lancet. 1964, 2, 332. — 33. Mac Callum, F. O.: J. Pathol. Bacteriol. 98: Synopses of Papers. Meeting Path. Soc. Great Britain. 1969. — 34. Meyer, H. M. Jr. és mtsai: Am. J. Med. 1960, 29, 334. — 35. Miller, J. K., Hesser, F., Tompkins, V. N.: Ann. Intern. Med. 1966, 64, 92. — 36. Morris, J. A., Nakamura, K.: Am. J. Trop. Med. Hyg. 1959, 8, 723. — 37. Nahmias, A. J., Roizman, B.: New Engl. J. Med. 1973, 289, 781. — 38. Nolan, D. C., Carruthers, M. M., Lerner, A. M.: New Engl. J. Med. 1970, 282, 10. — 39. Olovarius, B. F., Buhl, M.: Brit. Med. J. 1975, 1, 192. — 40. Olson, L. C. és mtsai: New Engl. J. Med. 1967, 277, 1271. — 41. Overgaard, J., Huid-Hansen, O., Laursen, B.: Danish Med. Bull. 1971, 18, 18. — 42. Plummer, G.: J. Infect. Dis. 1973, 128, 345. — 43. Rappel, M. és mtsai: J. Neurol. Sci. 1971, 12, 443. — 44. Ravaut, P., Darré, M.: Ann. Dermatol. Syphiligr. (Paris) 1904, 5, 481. — 45. Rawls, W. E. és mtsai: Ann. Intern. Med. 1966, 64, 104. — 46. Roizman, B., Hoggan, M. D., Cornfield, J.: Virology. 1960, 11, 572. — 47. Sarrubi, F. A., Sparling, P. T., Glezen, W. P.: Arch. Neurol. 1973, 29, 268. — 48. Skoldenberg, B., Jeansson, S.: Brit. Med. J. 1973, 2, 611. — 49. Sommerville, R. G.: Arch. Gesamte Virusforsch. 1966, 19, 63. — 50. Stalder, H. és mtsai: New Engl. J. Med. 1973, 289, 1296. — 51. Streitmann K. és mtsai: Orv. Hetil. 1972, 44, 2644. — 52. Smith, M. G., Lennette, E. H., Reames, H. R.: Am. J. Path. 1941, 17, 55. — 53. Terni, M. és mtsai: New Engl. J. Med. 1971, 285, 503. — 54. Upton, A., Gumpert, J.: Lancet. 1970, 1, 650. — 55. Upton, A., Barwick, D. D., Foster, J. B.: Lancet. 1971, 1, 29. — 56. Zuruckzoglu, S.: Zentralbl. Bakteriolog. (Orig. A.) 1937, 139, 86.

„Mindaz, ami szép, bármi módon is az, önmagában szép, önmagában teljes: a dicséret nem alkotó része.”

Marcus Aurelius

Schöpf-Merei Kórház és Anyavédelmi Központ,
Központi Laboratórium (főorvos: Stuber Adrienne dr.),
MTA, Biometriai Osztály (vezető: Juvancz Ireneusz dr.)

A húgysav/kreatinin index egészséges és mentálisan retardált populációban

Stuber Adrienne dr. és Paksi András dr.

Az utóbbi években egyre nagyobb érdeklődést keltettek a purinanyagcsere zavarai. Különösen a szabad purin bázisok felhasználásában szerepet játszó HPGRT (hypoxanthin-guanin phosphoribosyl transferase) enzim defektusának van jelentősége. Ma már kétségtelen, hogy ezen enzim részleges hiánya az alapja az ún. „primaer köszvény”-ek egy részének, különösen a pubertas után kezdődő arthritisek eseteiben (1, 2, 3). Ugyanezen enzim teljes hiányát mutatták ki a kisgyermekkorban észlelt, igen súlyos lefolyású Lesch—Nyhan-syndromában (4). Bár utóbbi elváltozás meglehetősen ritka — az első hazai beteget 1974-ben ismertették Horváth és mtsai (5) — a kórkép súlyossága indokolja a fokozott figyelmet.

A purinanyagcsere zavarának egyik következménye a fokozott húgysavtermelés, amely nyilvánul a vizelettel ürített húgysavmennyiség jelentős megnövekedésében. Ezt a jelenséget használták fel Kaufman és mtsai (6), akik széles körű vizsgálatokat végeztek annak megállapítása céljából, hogy mennyiben használható fel szűrővizsgálatként az egyszerű vizeletmintából meghatározott, kreatininkoncentrációhoz viszonyított húgysavkoncentráció — a HS/K index — a teljes, vagy a részleges enzimhiány felkutatására. Meghatározták az index értékeit egészséges és mentálisan retardált embercsoportokban különböző életkorban, köszvényes és egyéb betegeken, Lesch—Nyhan-syndroma eseteiben, és ezek alapján ezt a vizsgálatot szűrővizsgálatként ajánlják. Adataikat megérősitették McInnes és mtsai (7), akik csecsemők szűrőpapírra szárított vizeletéből végezték az index meghatározását.

Az enzimopátiákra vonatkozó vizsgálataink során érdemesnek látszott, fentiek alapján, egy ilyen irányú sorozatvizsgálatot végezni az index hazai értékeinek a megismerésére egészséges és mentálisan retardált populációban, és utóbbiak kö-

zött a Lesch—Nyhan-syndroma esetleges előfordulásának kimutatására.

Anyag és módszer

Vizeletgyűjtés: 450 egészséges fiatal egyén (2—24 éves, 265 fiú, 185 leány) délelőtti vizeletéből vett egyszerű vizeletmintát vizsgáltunk. Intézetben ápolott 341 oligophren egyéntől (3—25 éves, 210 fiú, 131 leány) hasonlóan kaptunk vizeletmintát.

Az étrendet sehol nem ellenőriztük.

A vizeletmintákat szobahőmérsékleten tároltuk feldolgozásig, és néhány thymol kristállyal tartósítottuk.

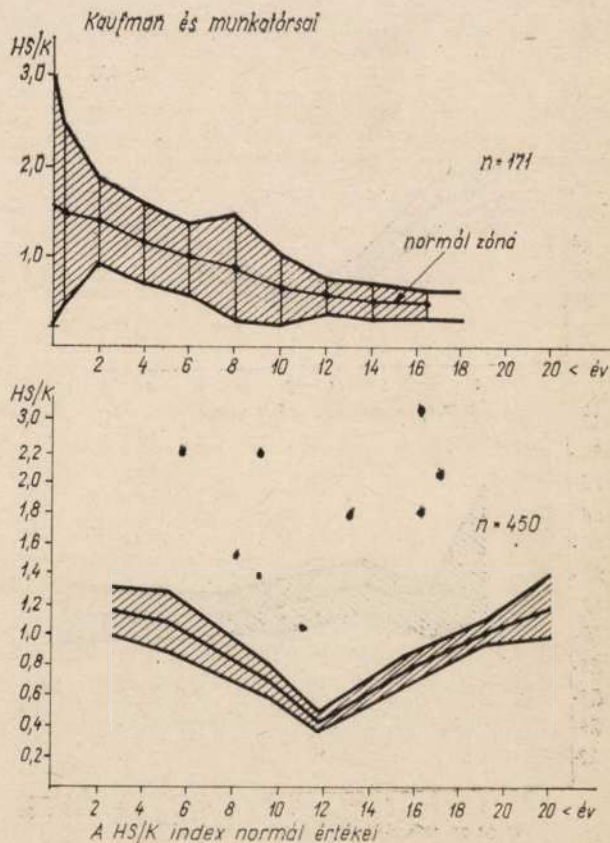
Módszer. A vizelet húgysav meghatározását a Brown-féle módszer egy módosításával végeztük. A metodika reprodukálhatósága 4,3%, torzítása 0,5% alatti. A vizelet kreatinin meghatározása a Jaffe-reakcióval történt, a módszer reprodukálhatósága 2,7%, torzítása nincs.

A tárolás ellenőrzése. Minthogy több száz vizeletminta feldolgozása nem történhet meg egy-két nap alatt, tisztáznunk kellett, a hosszabb tárolás nem befolyásolja-e eredményeinket. Ezért 15 vizeletmintából meghatároztuk a HS/K indexet azonnal, és egy hét múlva ismét: 15%-on belüli reprodukálhatóságot kaptunk, tehát a vizelet néhány napos tárolása nem befolyásolja az index értékének megbízhatóságát.

Napi ingadozás. A HS/K index naponkénti ingadozása mértékének megállapítása céljából 12 egészséges egyéntől 3—10 napon át mindennap vizsgáltunk egy vizeletmintát. Az index naponkénti változása 21,7 százalékos volt.

Eredmények

Egészséges egyének HS/K indexe. Az 1. ábrán feltüntetjük az egészséges populáció HS/K indexének középtértékét és a 95%-os megbízhatósági ha-



1. ábra.

tárait életkoronként csoportosítva. Az ábra felső részén idézzük Kaufman és mtsai eredményeit, hogy a két különböző területen élő lakosság értékei könnyen összehasonlíthatók legyenek. A mi vizsgálatainkban nem szerepelnek újszülöttkori értékek, viszont több meghatározás történt 18 év feletti egyénekben. A fiúk és lányok vizeletmintáiból kapott indexeket együttesen értékeltük, miután a két nem között nem találtunk különbséget.

Az 1. ábrán jól látható, hogy a két populáció között a HS/K index tekintetében elég jelentős különbség mutatkozik: míg a gyermekkorban mindkét csoportban egyformán csökkennek az értékek, nálunk a 12 éves korban észlelt mélypont (HS/K 0,4) után ismét emelkedés észlelhető. A különbség egyre kifejezettebb, míg 18 éves korban a hazai átlagérték már 1,0, szemben Kaufman és mtsai által észlelt 0,3-del.

Tizenkét esetben kiugróan magas indexet észleltünk: ennek érdekessége, hogy mind a tizenkét vizeletminta fiúktól származott.

Mentálisan retardált egyének HS/K indexe. A 341 oligophren vizsgálata során nem sikerült Lesch—Nyhan-szindrómában szenvedő beteget észlelnünk.

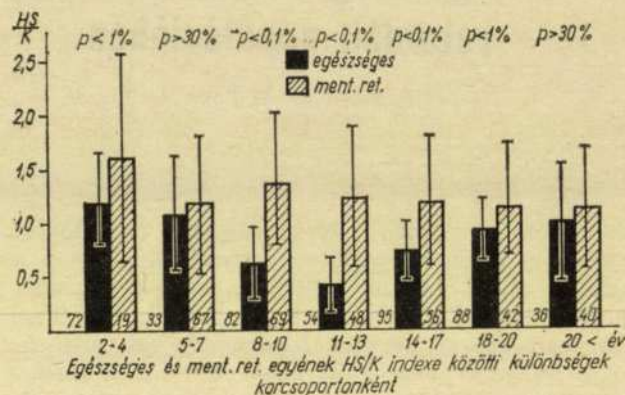
Az indexek értékeit a 2. ábrán foglaltuk össze, ugyancsak életkoronként csoportosítva, a fiúk és lányok értékeit egyesítve. Ezen az ábrán összehasonlítás végett megismételtük az egészséges populáció értékeit.

Az ábrán érdekes különbség látható: a mentálisan retardáltak között nem észlelhető az a fo-

kozatos csökkenés, amely oly kifejezett az egészséges gyermekekben. Így jelentős eltérés alakul ki: pl. a 11—13 éves korcsoportban az egészségesek 0,4-es értéke mellett a mentálisan retardált csoport átlagértéke 1,2.

Megállapítható továbbá, hogy a mentálisan retardált csoportok általában magasabb HS/K indexet mutatnak: a 2—4 évesek csoportjában az egészségesek átlagértéke 1,15, a mentálisan retardáltaké 1,56, a 18—20 évesek csoportjában 0,88, ill. 1,10.

A 3. ábrán feltüntettük az egészséges és mentálisan retardált egyének HS/K indexeinek középértékét és szórását. Az azonos életkorú csoportok értékeit kétmintás t-próbával hasonlítottuk össze.



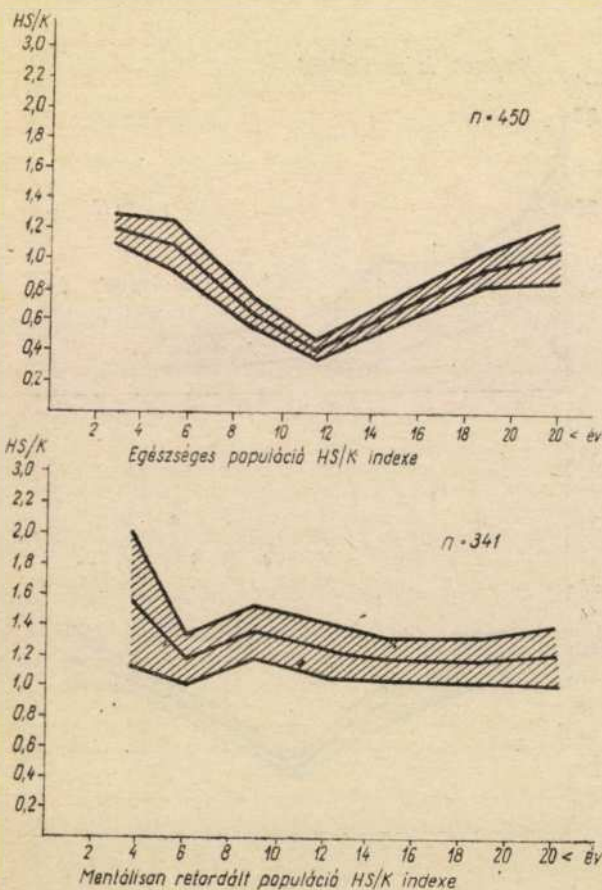
3. ábra.

Ebből világosan kiderül, hogy két korcsoportot kivéve, a két populáció értékei között szignifikáns különbség van.

Megbeszélés

Mint a bevezetőben említettük, vizsgálatainkat az enzimopátiák kutatása keretében kezdtük el: az intézetben ápolott mentális retardáltak egy csoportjában kerestük a Lesch—Nyhan-szindróma hazai előfordulásának gyakoriságát. A vizsgálatok elemzése során feltűnt, hogy értékeink Kaufman és mtsai eredményeihez viszonyítva általában magasabbak — ez tette szükségessé az egészséges populáció vizsgálatát. E populációvizsgálat azután további különbségeket mutatott, amelyeket csak érendi különbségekkel tudunk magyarázni: a magyarországi táplálkozási szokásokkal valószínűleg nagyobb a purinbevitel, és ennek következménye lehet az általános magasabb húgysavürítés. Ez a megfigyelés természetesen megerősítést igényel más hazai intézetek, esetleg más közép-európai országok részéről.

Figyelemre méltónak találjuk, hogy az egészséges fiúk között 12 esetben feltűnően magas indexet kaptunk. Ez felveti azt a gondolatot, nem lenne-e sokkal inkább felhasználható ez a módszer a pubertáskorú fiúk szűrővizsgálatára, egy esetleges partialis enzimhiány korai felismerésére. A magas húgysavürítést mutató fiúkat érdemes lenne purinmentes diétán utánvizsgálni, és a részleges enzimhiány igazolása után részükre purinszegény étrendet javasolni.



2. ábra.

A 341 súlyosan retardált egyén vizsgálata során Lesch—Nyhan-syndromát nem találtunk. Ez is alátámasztja e syndroma ritka előfordulását, és egybevág az irodalmi adatokkal: az eddig ismert esetek valamennyien klinikai betegvizsgálat során kerültek diagnosztizálásra, szűrővizsgálattal tudomásunk szerint egyetlen esetet sem észleltek. Ezek alapján a csecsemőkori szűrővizsgálatot indokolatlannak tartjuk.

A mentális retardált populációban észlelt — a normális populációtól eltérő — magasabb HS/K index oka valószínűleg nem enzimhiány. Közismert, hogy hiperurikémia különböző kórképek kísérője lehet: ezekben az esetekben a fokozott húgysavürítés valószínűleg csak az oligophreniával járó általános anyagcserezavar részjelensége.

Sajnos, lehetőségeink a további populációvizsgálatoknak gátat szabnak. Adataink közlését azért tartottuk szükségesnek, hogy a problémára felhívjuk azon intézetek figyelmét, ahol lehetőség van szélesebb körű vizsgálatokra. Meggyőződésünk, hogy további — kibővített — populációvizsgálatok különösen a „juvenilis köszvény” kérdésében előrelépést jelentenének.

Összefoglalás. Szerzők egyszeri vizeletmintából vizsgálták annak HS/K indexét: 450 vizeletminta alapján meghatározták az index átlagértékeit egészséges egyének különböző korcsoportjaiban. Tizenkét egészséges fiú esetében kiugróan

magas indexet észleltek, ennek alapján felvetik a juvenilis köszvény korai diagnosztizálásának lehetőségét, a pubertáskorú fiúk szűrővizsgálata alapján.

Az egészséges egyének indexének átlagértékei különböznek az Amerikában Kaufman és mtsai által észlelt átlagértékektől: a különbség magyarázata valószínűleg az étrendi szokások különbözőségében rejlik.

341 mentálisan retardált egyén vizeletmintájának vizsgálata során Lesch—Nyhan-syndromát nem észleltek, de kimutatták, hogy ezen csoportok magasabb indexeket mutatnak, mint az egészséges csoportok: az oligophreniát kísérő általános anyagcserezavar része valószínűleg a purinanyagcsere zavara is.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton is köszönetet mondunk azért a sokrétű segítségért, amit a vizeletminták gyűjtése során a különböző intézményektől kaptunk. Köszönetet mondunk továbbá Szabó Györgyné vezető asszisztensnek, aki a vizsgálatokat végezte.

IRODALOM: 1. Kogut, M. G. és mtsai: Amer. J. Med. 1970, 48, 148. — 2. Greene, M. L.: Arch. Intern. Med. 1972, 130, 193. — 3. Kelley, W. N. és mtsai: Proc. Nat. Acad. Sci. 1967, 57, 1735. — 4. Lesch, M., Nyhan, W. L.: Amer. J. Med. 1964, 36, 561. — 5. Horváth M. és mtsai: Orv. Hetil. 1974, 115, 3102. — 6. Kaufman, J. E. és mtsai: J. Ped. 1968, 73, 583. — 7. McInnes, R. és mtsai: Pediatrics. 1972, 49, 80.



Orvosi laboratóriumi készülékek és üvegáruk

KIÁLLÍTÁSA

az OMKER új bemutatótermében

(Budapest VI., Népköztársaság útja 36.)

1976. szeptember 6 – 10-ig

naponta 9 – 16 óráig

Országos Reuma és Fizioterápiás Intézet
III. Belgyógyászati Osztály (főorvos: Hoványi Máttyás dr.)

Pacemaker terapiában részesült betegek szív infarktuszának EKG diagnosisa

Kiss Gabriella dr. és Hoványi Máttyás dr.

A szív elektromos ingerlése, mint terapiás eljárás, 1960 óta terjedt el világszerte. Indicatiójáról, jelentőségéről, az egyes készüléktípusokról, a technikai kivitelezésről, lehetséges szövödményekről Solti és Szabó (15) 1974-ben megjelent könyvében, Meltzer és Dunning (12) szerkesztésében kiadott Textbook of coronary care ide vonatkozó fejezeteiben a legújabb adatok összefoglalva megtalálhatók. Az eltelt 14 év alatt az inditációs terület lényegesen bővült, a pacemaker terapiában részesült betegek száma egyre növekedett. Utógondozásuk, rendszeres ellenőrzésük a pacemaker EKG ismeretét igényli. A készülék beültetése után létrejövő myocardialis infarctus, mint acut életveszélyt jelentő állapot, kiemelkedő fontosságú.

A tartós pacemaker terapia alatt kialakuló myocardialis infarctus EKG diagnosztikájának irodalma igen szegényes. A Semmelweis Orvostudományi Egyetem IV. sz. Sebészeti Klinika munkacsoportja vetette fel hazánkban először (1968) a kérdést: vajon a pacemaker terapiában részesült betegek EKG görbéin egyértelműen kimutathatók-e az esetleges infarctusra jellemző elváltozások? A humán vonatkozású adatok teljes hiányában Szabó (17) kutyakísérletekben tanulmányozta a pacemakerimplantatio és az acut myocardialis infarctus említett problémáját és arra a megállapításra jutott, hogy minden esetben megváltozott a QRS complexus és a T hullám, nagyobb részben infarctusra jellemző ST elevatio és T hullám eltérés (coronaria T) fejlődött ki, más esetekben a QRS complexus, az ST szakasz, illetve a T hullám jelentős, de nem infarctusra jellemző eltérést észlelték. Solti és mtsai 9, pacemaker-beültetés után keletkezett szívizom-infarctus EKG jeleinek tanulmányozása során a kísérletekben nyert tapasztalatokhoz hasonló eredményre jutottak (16). Az első külföldi idevágó közlemények 1971-ben

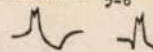
jelentek meg (5, 19) és napjainkig néhány humán vonatkozású és egy állatkísérletes újabb közlés ismeretes (3, 4, 5, 9, 11).

A klasszikus infarctus-görbe megjelenését pacemaker-beültetés után két ok teszi lehetetlenné; az egyik a pacemaker EKG bal szárblockos jellege, a másik az időzítő áramkör elektromos produktuma, a spike. A katéter elektróda bevezetése napjainkban túlnyomórészt transvenosusan történik és az elektród vége a jobb kamra csúcsának trabecularis izomzata között rögzül. Az elektromos ingerület terjedése ilyenkor hasonlóan történik, mint a bal Tawara-szár laesiója esetén, amikor az av csomóból a His-kötegen át a jobb Tawara-száron keresztül terjed az ingerület a jobb, majd a bal kamra izomzatára. Így alakul ki a bal szárblock és a pacemakeres EKG hasonlósága. Ez a hasonlóság irányította Cardenas és mtsai (4) figyelmét arra, hogy a bal szár blockkal szövődött myocardialis infarctus diagnostikai kritériumai alkalmazhatók a pacemaker indukálta QRS complexusok esetén is. Ezek a kritériumok Unghváry (19), Sodi-Pallares és mtsai (14), Schamroth (12) és Antalóczy (1) adatai alapján a következők (1. ábra). A Q hullám, az R hullám, illetve az S hullám megjelenése az infarctus localisatiójától függően azokban az elvezetésekben, amelyekben a bal szár block infarctussal nem komplikált eseteiben ezek hiányoznak. Ugyancsak infarctusra utal az ST szakasz, a J pont-elevatio, illetve -depressio, valamint a T hullám változásai a localisatióknak megfelelő elvezetésekben. A bal kamrából kiinduló jobb szárblock típusú ES-ek ugyancsak segítenek a diagnosis felállításában. A bal szárblock mellett kialakult generalisált low voltage szintén infarctusra utal.

1. BAL TAWARA SZÁR BLOCKHOZ CSATLAKOZÓ
INFARCTUSOKRA JELLEMZŐ:

A./ Q HULLÁM MEGJELENÉSE

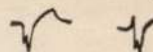
- 1./ SEPTALIS INFARCTUS: qR COMPLEXUS - V₅₋₆



- 2./ ANTEROSEPTALIS INFARCTUS: q HULLÁM - I - AVL - V₅₋₆

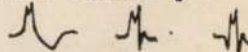
B./ R HULLÁM MEGJELENÉSE

- 1./ ANTEROSEPTALIS INFARCTUS: rQ COMPLEXUS - V₁



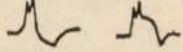
C./ S HULLÁM MEGJELENÉSE

- 1./ KITERJEDT MELLŐPALI INFARCTUS: S HULLÁM - V₆

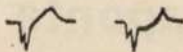


D./ ST SZAKASZ /J. PONT/, T HULLÁM VÁLTOZÁSOK

- 1./ ANTEROLATERALIS INFARCTUS HEVÉNY SZAKA: ST ELEVATIO - V₅₋₆



- 2./ EXTENSIV POSTERIOR INFARCTUS: ST DEPRESSIO - V₁₋₄



E./ BAL KAMRÁBÓL KIINDULÓ, JOBB SZÁRBLOCK TÍPUSÚ ES-K

F./ GENERALISÁLT LOW VOLTAGE

1. ábra.

1. táblázat
A betegek aetiologia szerinti megoszlása

Rheumás carditis	1
Coronaria sclerosis	6
Régi infarctus	4
Friss infarctus	9
	20

Friss infarctus lépett fel
a PM. beültetése után 3 esetben.

Mindezen eltéréseknek, azok egyes elvezetésekhez kötött manifestációjának magyarázatát adja a myocardium activálódásának, a depolarisatio kamrákon belüli terjedésének sorrendje (14).

Saját vizsgálatok

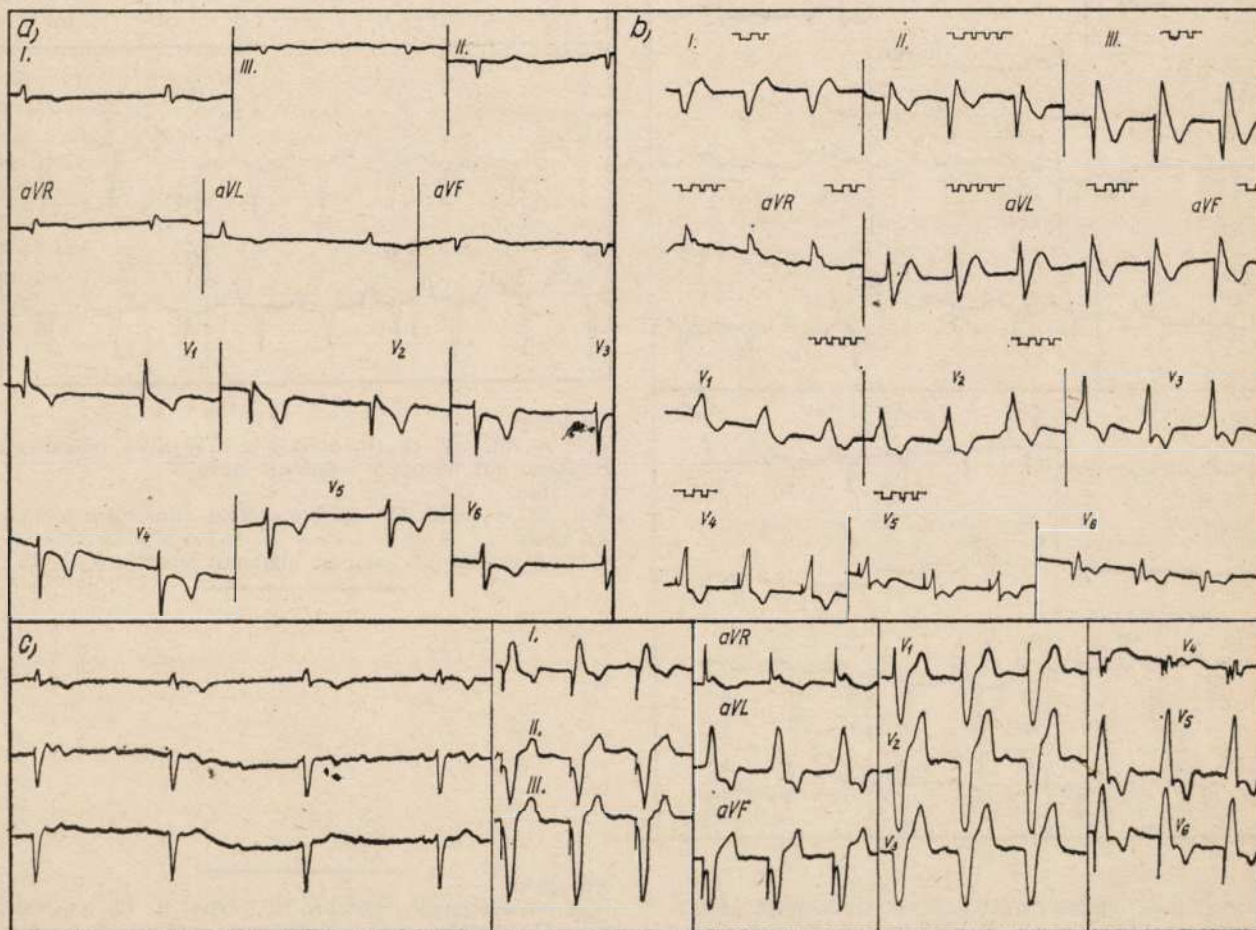
Intézetünk pacemakeres beteganyagának retrospectiv áttekintése alkalmával azt vizsgáltuk, hogy a pacemaker által befolyásolt EKG görbén felismerhető-e a készülék beültetése előtt lezajlott régebbi vagy friss infarctus jelei, illetve, hogy a pacemaker beültetése után bekövetkező akut infarctus milyen újabb eltéréseket okoz a pacemaker EKG görbén. Ugyanakkor a szív elektromos ingerlése mellett is

2. táblázat
A 18 A-S SY-S beteg EKG eltérései PM. beültetés előtt

	és szárblock	Összesen
Teljes A-V block 6	2	8
Változó A-V block	3	3
Sinus bradycardia	3	3
Carotis sinus hy. 1		1
Pitvarfibrillatio	3	3

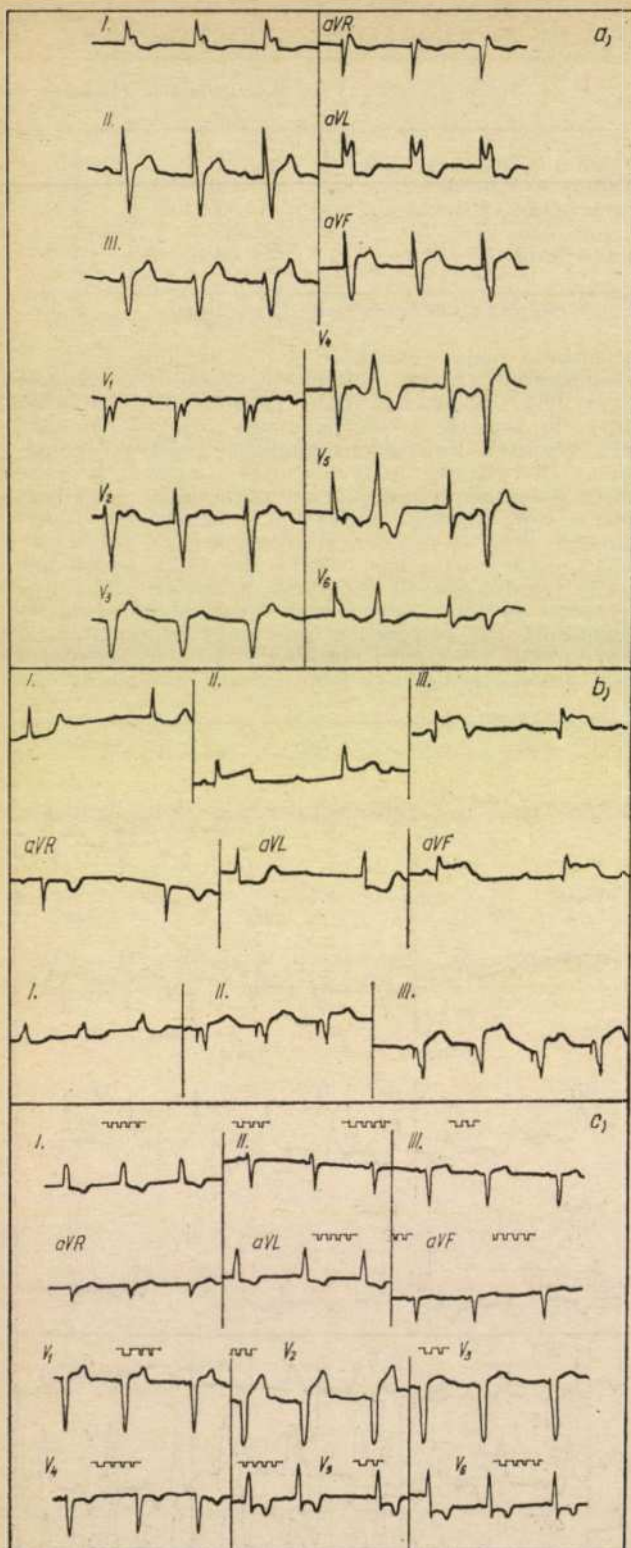
Egyéb eltérés: Sinus bradycardia (2 esetben)

jelentkező saját ütések is analysáltak abból a szempontból, hogy mutatnak-e korábban lezajlott vagy friss infarctusra utaló jeleket. 1968. januártól 1974. novemberig a belgyógyászati osztályok 20 esetben végeztek pacemakerimplantációt, melyek indikációját 18 betegben Adams—Stokes-syndroma képezte, mely 8 esetben teljes pitvar-kamrai block következménye volt, közülük kettőben jobb, illetve bal Tawara-szár block is fennállt. Három betegben változó av block, jobb, illetve bal Tawara-szár block és bal anterior hemiblock volt észlelhető, 3 esetben sinus bradycardia és jobb Tawara-szár block együttes előfordulásához, egy betegben carotis sinus hyperaesthesia-hoz társult, 2 betegben alacsony kamrai frekvenciával járó pitvar-fibrillatio és jobb Tawara-szár block mel-



2. ábra.
A pacemaker terapiát megelőzően infarctuson átesett betegek körjelző EKG eltérései
2/a. ábra.
Pitvari fibrillatio, 32/min kamrai frequentia. Intraventricularis ingerületvezetés 0,10 sec. V₁₋₂-ben initialis r, V₅₋₆-ban initialis q eltűnés, V₁₋₂-ben q, V₅₋₆-ban r megjelenés. I., aVL, V₁₋₆ T negatív. V₁₋₂ ST isoel. vonal felett, V₄₋₆

isoel. vonal alatt. (Jobb Tawara-szár block és anteroseptalis infarctus)
2/b. ábra.
Fix frekvenciájú, intramyocardialis elektródájú készülék bevezetése után továbbra is V₁₋₆ T negativitás észlelhető Pacemaker-beültetés előtt lezajlott anterolateralis infarctus (V₅-ben kis s hullám, I., aVL, V₅₋₆ elvezetésekben hegyes, negatív T) a készülék beültetése után is felismerhető

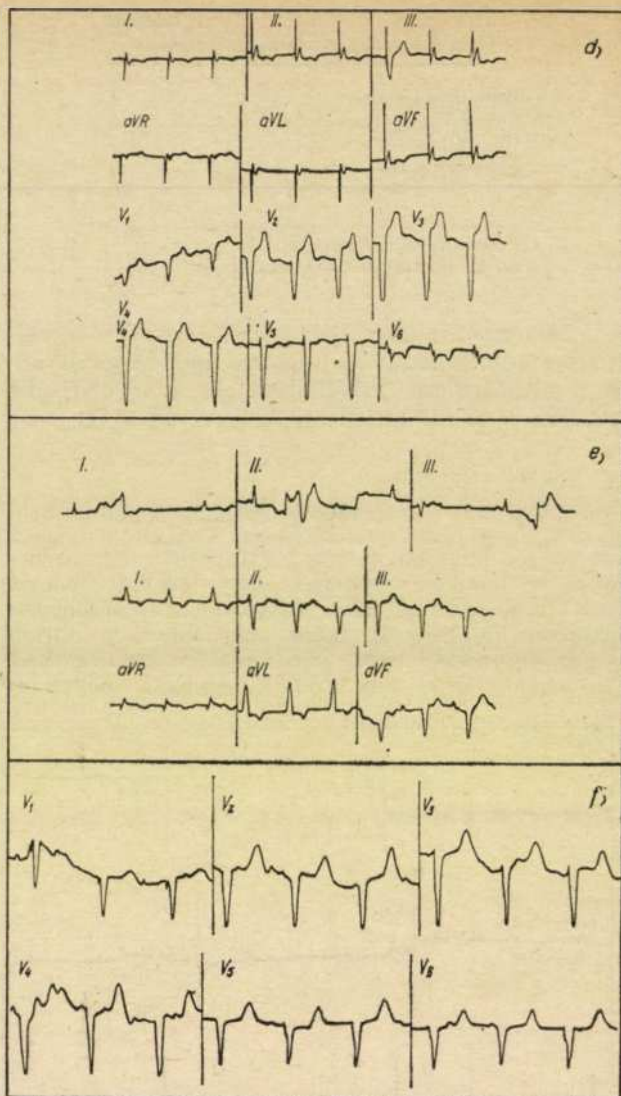


3. ábra.

Myocardialis infarctus acut szakban szükségessé váló pacemaker terapia mellett az infarctus EKG jelei

3/a. ábra.

Tíz nappal az acut tünetek kezdete, egyben a pacemaker beültetése után anteroseptalis infarctusra utal I., aVL q, V₄₋₆ saját ütések T negativitása



3/d. ábra.

V₆ s, II., III., aVF, V₆ T negativitás a készülék beültetését követően egy hónappal ugyanezt igazolja

3/e. ábra.

A II., III. elvezetés ES-i posteroseptalis infarctusra utalnak

3/f. ábra.

Pacemaker terapia után az infarctust igazolja V₃₋₆ QS

3/b. ábra.

Friss posteroseptalis infarctus EKG képe; II., III. elvezetésben ST elevatio, mely fennmarad pacemaker terapia után is

3/c. ábra.

Bal szár-blockkal járó friss, csúcs körüli septalis infarctus EKG diagnosist biztosítja: V₅₋₆ s, V₄₋₆ T negativitás az elektromos ingerlés megkezdése előtt

lett alakult ki, egy betegben, bár Adams—Stokes-tünetcsoporth nem jelentkezett, kamrai tachycardia, majd teljes av block után létrejövő alacsony frequentiaájú sinus bradycardia képezte az indicatiót, a másik sinus bradycardiás esetben therapiaregistens decompensatio és az agyi hypoxiás tünetek alapján határozták el a készülék beültetését (1. táblázat).

Egyes betegeinkbe fix frequentiaájú asynchron, másokba demand pacemakert ültettek. Az ingerlés unipolaris vagy bipolaris elektróda útján történt. Az ingerképzés és ingerületvezetés zavarainak aetiologiáját vizsgálva, egy betegben feltételezhetően rheumás carditis, 6 esetben coronaria sclerosis, 4 betegben régebbi, 9 esetben friss myocardialis infarctus volt a rhythmus-zavar oka. Három, előzőleg pacemaker-implantációban részesült betegben a későbbiekben alakult ki a myocardialis infarctus (2. táblázat). Az utóbbi három, tehát infarctuson is átesett, csoport részletes EKG analysise során az alábbi megfigyeléseket tettük.

Megfigyeléseink mellső fal, anteroseptalis és posteroseptalis localisatiójú elváltozásokra vonatkoznak.

I.

A pacemaker therapiát megelőzően infarctuson átesett betegeink (lásd 2. táblázat) alap EKG-jén ingerképzési és ingerületvezetési zavarok mellett az initialis q, illetve initialis r változásai, S hullám jelenléte és a T hullámok negativitása utalt lezajlott myocardialis laesióra (2. ábra).

II.

Betegeink másik csoportjában (2. táblázat), ahol myocardialis infarctushoz csatlakozó rhythmus-zavar az acut szakban tette szükségessé pacemaker beültetését, az alapbetegség EKG diagnosistának felállítása a kóros Q, illetve S hullám, az ST elevatio, a T negativitás külön-külön vagy együttes jelenléte alapján továbbra is lehetséges maradt (3. ábra).

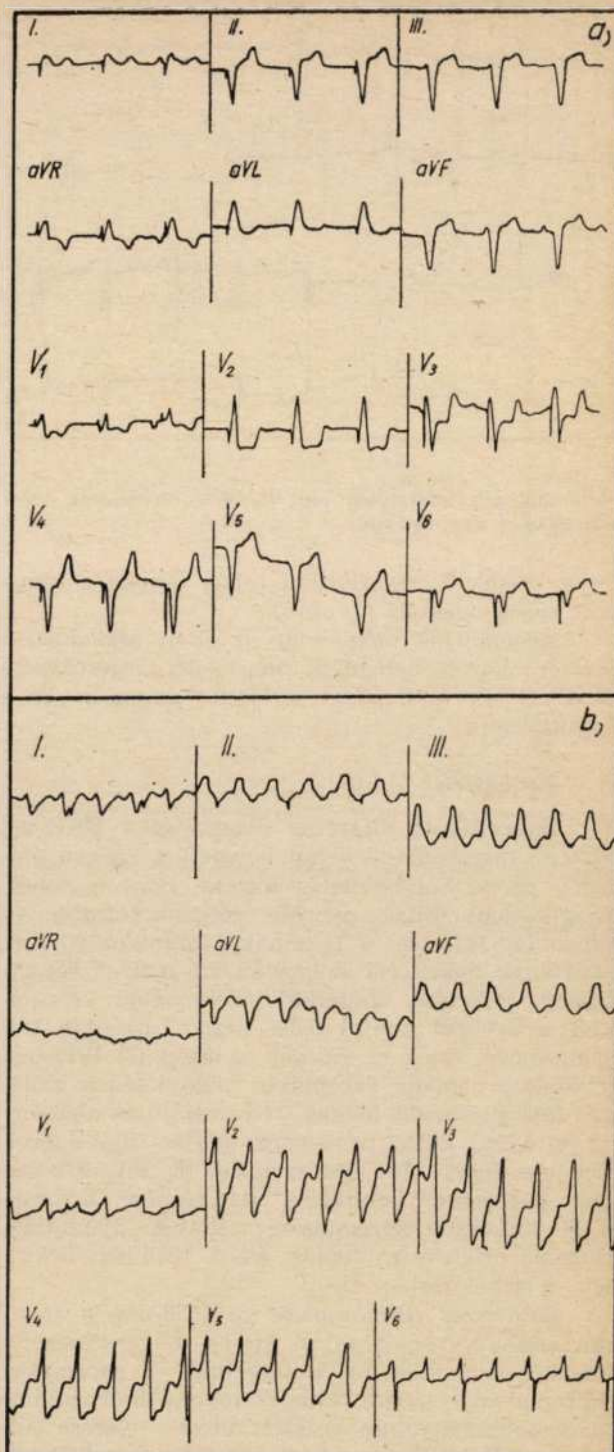
III.

A tartós pacemaker therapiában részesült betegeken a későbbiekben kialakuló friss myocardialis infarctus (2. táblázat) klinikai diagnosistának EKG útján történő megerősítése, illetve atypusos klinikai kép esetén a diagnosist felállítása jelenti a pacemaker EKG ismeretének egyik legfontosabb célját.

Az eddig részletezett kórjelző EKG eltérések bármelyikének észlelése, vagy több jel egyidejű előfordulása diagnosticus értékű az EKG kórisme felállításához.

Acut szívizomelhalás esetén a pacemaker által módosított EKG görbe karakterisztikus eltérései mellett, vagy ezek hiányában is a készülék elektromos vezérlését elnyomó paroxysmalis tachycardiák fellépése szintén diagnosticus értékűnek tekinthető (4. ábra).

Mindhárom csoportba tartozó betegek EKG analysisekor hasznos segítséget nyújtott az elektromos ingerlés mellett is előforduló saját ütések morfologiája. Csak egyetlen olyan betegünk volt, akinek a pacemaker-görbében a korábban kórismézett infarctusnak semmi jelét nem észleltük; a



4. ábra.

Tartós pacemaker therapiában részesült betegeken a későbbiekben kialakuló myocardialis infarctus jelei

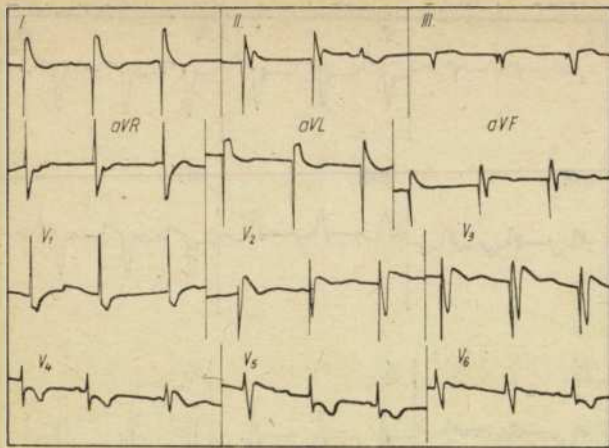
4/b. ábra.

Acut posteroseptalis infarctus pacemakerimplantatio után három hónappal V₁₋₄ nagyfokú J pont elmozdulás, ST depressio, V₁₋₆ QS complexus

4/a. ábra.

A 4/a. ábrán bemutatott EKG eltérések mellett ugyanazon betegben az elektromos vezérlést felfüggesztő kamrai tachycardia alakult ki

A mérések elvégzéséért Poppe Kornélné fizikusnak tartozunk köszönettel.



5. ábra.
Anterolateralis infarctusra utal II., V₄-₆ elvezetések saját
ütéseinek T negativitása

saját ütések T negativitása őrizte csupán a lezaj-
lott laesio nyomait (5. ábra).

Megemlítjük még, hogy az eltelt periódusban
sectióra került betegeink bonclelete megerősítette
az EKG kép által jelzett infarctus diagnosist és a
localisatiót.

Megbeszélés

Myocardialis infarctus diagnosist EKG-vel
történő megerősítése olyan betegeken, akiken elő-
zőleg pacemaker-beültetés történt, nagyon nehéz.
Diagnosticus EKG nyérése céljából Center és
mtsai (6) 1971-ben a pacemaker áramkör rövidre
zárásának módszerét dolgozták ki, melyet ventri-
cularis vezérlésű, unipolaris elektródájú készülé-
ken a teleppel kontaktusba hozott subcutan tűk
segítségével értek el. Barold és mtsai (2) 1970-ben
írták le a demand pacemaker működésének időle-
ges felfüggesztését magas frekvenciájú és alacsony
amplitúdójú külső pacemaker-ingerlés segítségével.
Ezt a módszert Trevino és mtsai (6, 18) 1971-ben
már pacemaker beültetése után fellépő myocar-
dialis infarctus kórismézése céljából ajánlották.
Hasonló értelemben foglalt állást 1973-ban Schul-
ten, munkatársaival (13).

Bathen és Abrahamsen (3) 1973-ban a spon-
tán vezetett (vagyis saját) ütések diagnosticus je-
lentőségére hívták fel a figyelmet, a pacemaker
terápiában részesült betegek myocardialis infarc-
tusa esetén. Spontán vezetett ütések nyérése cél-
jából az R hullám vezérelt synchron készüléknek
külső mágnes alkalmazásával időlegesen asynch-
ron készülékké történő átalakítását dolgozták ki.

Chatterjee és mtsai (7) már 1969-ben felhív-
ták a figyelmet arra, hogy a pacemaker hosszan
tartó alkalmazása, majd kikapcsolása után az EKG
képben az ischaemiára utaló jelekhez hasonló el-
változások léphetnek fel. Gould és mtsai (8), majd
Nevins (10) szerint a praecordialis elvezetésekben
az artificialis pacemakerfunctio időleges felfüg-
gesztése alkalmával észlelhető T inversio, illetve
ST depressio a hosszú időn át korábban végzett
elektromos stimulatio utóhatása és nem infarctus
jel.

A pacemaker terápiában részesült betegek
myocardialis infarctusának EKG diagnosticájával
kapcsolatosan eddig ismert közlések Cardenas és
mtsai (4) részéről 1972-ben, Castellons és
mtsai (5) részéről 1973-ban a bal szárblockos EKG mellett
megjelenő q hullám diagnosticus értékét hangsú-
lyozzák anteroseptalis localisatiójú infarctus ese-
tén az I., aVL és a V₆ elvezetésekben. Castellons
és mtsai (5) a jellegzetes qR formát csak bipoláris
katéter elektróda mellett tudták észlelni, unipola-
ris elektróda nagy spike-jai, vagy az elektróda in-
farcerált terület feletti localisatiója megakadályoz-
ták a jellegzetes kép kialakulását. Ugyancsak nem
jött létre a fenti kép, ha az infarctus csak a bal
septalis felszínre localisálódott. Kulbertus és De
Level-Putten (9) a vectorcardiographia módszeré-
vel vizsgálta 15 acut infarctusban szenvedő beteg
esetében a pacemakerimplantatio által okozott, az
infarctus vectorcardiogrammot megváltoztató ef-
fectust. Infarctus esetében a bal szár blockos vec-
torcardiogrammban a szívizomelhalás localisatiójá-
tól függő helyen jellegzetes torzulások keletkeztek.
Ezek segítségével nagy valószínűséggel kórisméz-
hető a tartós pacemaker-beültetésben részesült be-
teg acut szív-infarctusa is.

Hasonló eredményekre jutottak kutyákon vég-
zett kísérletekben Rothfield és mtsai (11).

Saját eseteink értékelése alapján megállapít-
hatjuk:

1. A szív elektromos ingerlése által okozott
EKG változások fix frekvenciájú készülék
mellett uni- és bipoláris elektróda esetén is
lehetőséget adtak a beültetést megelőző idő-
ben lezajlott infarctus maradványainak fel-
ismerésére.
2. A friss infarctus mellett szükségessé váló
elektromos ingerlés sem torzította az EKG
görbét oly mértékben, hogy a fennálló nec-
rosis, illetve ischaemia jelek felismerhetet-
lenné váltak volna.
3. Az előzőleg pacemaker terápiában része-
sült betegeken a későbbiekben kialakuló
friss coronaria laesio esetén az EKG jelek
ugyancsak értékes segítséget adtak a klini-
kai diagnosist megerősítéséhez.
4. A pacemaker EKG-n megfigyelhető dia-
gnosticus értékű változások mellett a fix
frekvenciájú ingerléskor is jelentkező saját
ütések morfológiája szintén figyelmet ér-
demel.

Az EKG változások pacemakerimplantatio
után is egyaránt érintik a Q, az R, az S, a T hul-
lám, valamint az ST szakasz területét. Az egyes
hullámokhoz kötött necrosis- és ischaemiás jelek
regisztrálhatóságát a szív működés elektromos ve-
zérlése különböző mértékben befolyásolja. Legin-
kább gátolt a Q hullám megjelenése, legkevésbé
módosult az ST és a T változások morfológiája.
Természetesen az infarctus egyes stádiumai sze-
rint is változott az EKG kép.

A pacemaker therapia terjedésével párhuz-
amosan a gyakorló orvos is egyre gyakrabban ta-
lálja magát szembe a pacemaker EKG értékelésé-
nek problémájával. Különösen érvényes ez a sür-

gős orvosi ellátást igénylő akut myocardialis infarctus esetére.

A gyakorlat szempontjából megállapíthatjuk, hogy a pacemaker beültetése után rögzített EKG görbéhez viszonyított, a fentiekben ismertetett változások újabb myocardialis történésekre utalhatnak és ezért figyelmes tanulmányozást érdemelnek.

Természetesen az EKG vizsgálat csak a diagnosztikus eszközeink egyike és a kórkép megítélésében a klinikai tünetek és leletek összessége kell, hogy irányadó legyen.

Összefoglalás. A szerzők a pacemaker terápiában részesült betegek EKG görbéit tanulmányozták és az irodalommal egyetértően megállapították, hogy az elektromos ingerlés által eltorzított görbékben is felismerhetők a régebbi, illetve a heveny szívizomelhalás jelei. Ezek:

1. idült esetben a T hullám negativitása, illetve az S hullám jelenléte a bal praecordialis elvezetésekben;
2. a pacemaker beültetése előtt lezajlott akut elhalás esetében a kóros Q, illetve S hullám, az ST elevatio, a T negativitás külön-külön vagy együttes jelenléte;
3. a tartós pacemaker terapia közben fellépő akut infarctus esetében pedig a q hullám, illetve a QS complexus jelenléte és az ST szakasz jellegzetes eltérései, valamint az elektromos vezérlelt felfüggesztő tachycardiák.

IRODALOM: 1. *Antalóczy Z.*: Electrocardiographia az orvosi gyakorlatban. Medicina, Budapest, 1924. — 2. *Barold, S. S. és mtsai*: Brit. Heart J. 1970, 32, 783. — 3. *Bathen, J., Abrahamsen, A. M.*: Brit. Heart J. 1973, 35, 1336. — 4. *Cardenas, M. és mtsai*: Archivas del Institute de Cardiologia de México. 1972, 42, 345. — 5. *Castellons, A. és mtsai*: Brit. Heart J. 1973, 35, 1161. — 6. *Center, S. és mtsai*: Arch. Int. Med. 1971, 127, 932. — 7. *Chatterjee, K. és mtsai*: Brit. Heart J. 1969, 31, 770. — 8. *Gould, L. és mtsai*: Chest. 1973, 63, 829. — 9. *Kulbertus, H. E., Level-Putten, F.*: J. Electrocardiol. 1974, 7, 27. — 10. *Nevins, H. A.*: Brit. Heart J. 1974, 36, 609. — 11. *Rothfield, E. R. és mtsai*: J. Electrocardiol. 1973, 6, 27. — 12. *Schamroth, L.*: The electrocardiographic diagnosis of acute myocardial infarction. In: Meltzer, L. E., Dunning, A. J.: Textbook of Coronary Care. Excerpta Medica, Amsterdam, 1972. — 13. *Schulten, H. K. és mtsai*: Verh. Dtsch. Ges. inn. Med. 1973, 79, 1074. — 14. *Sodi Palares, D. és mtsai*: Proc. Cardiovasc. Dis. 1963, 6, 107. — 15. *Solti F., Szabó Z.*: Pacemaker therapia. Medicina, Budapest, 1974. — 16. *Solti F. és mtsai*: Arch. Kreislaufforsch. 1972, 67, 266. — 17. *Szabó Z.*: Adatok a pacemaker therapia egyes kérdéseire. Kandidátusi értekezés, 1968. — 18. *Trevino, A. J. és mtsai*: Amer. Heart J. 1971, 81, 20. — 19. *Unghváry L.*: Klinikai és kísérleti elektrokardiográfia, Budapest, 1961. Medicina. — 20. *Zóneraich, O., Zóneraich, S.*: Pacemaker vectorcardiography in patients with myocardial infarction and intraventricular conduction defects. Proc. XIth International Vectorcardiography Symposium. New York, 1970. Edited by Hoffmann, I. North Holland Publ. Co. Amsterdam. 1971. p. 314.

A ritka természeti adottságok alapján keletkezett gyógyforrások, gyógyiszapok széles körű felhasználásának gátat vet a helyhez kötöttség. Ezen segítünk oly módon, hogy a gyógyiszapot kompresszekbe csomagolva a beteg otthonába visszük.

A már jól ismert hévízi rádiumos iszapkompressz mellett a gyógyszerárakban kapható:

„MAROSI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ”

Az Országos Közegészségügyi Intézet vizsgálatai alapján a marosi gyógyiszapkompressz forgalomba hozatalát az Egészségügyi Minisztérium engedélyezte. A vizsgálatok igazolták, hogy a marosi iszap hatásában azonos a hévízi iszapével.

A peloidok indikációs területe elsősorban a subacut és krónikus mozgásszervi folyamatok esetében van. Indikációs területe széles. Iszapkezeléseket alkalmazhatunk: arthrosisok, krónikus izom- és perifériás idegbetegségek, arthralgiák, krónikus arthropathiák, M. Bechterew, fibrositisek, arthritis urica rohammentes időszakában, tendovaginitisek, posttraumás állapot, baleseti sérülések utókezelésére.

Acut folyamatokban alkalmazásuk kontraindikált, mivel az intenzív melegítés aktiválólóhat a folyamatokra. Kontraindikált ezenkívül cardialis decompensatio, hypertonia, súlyos bőrbetegségek, nyílt sérülés, rosszindulatú tumor, láz, fertőző betegségek esetén.

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján a szakrendelések minden megkötöttség nélkül rendelhetik.

A marosi iszapkompressz ötféle alakban van forgalomban, így számozás szerint az alábbi testrészekre applikálható:

- I. sz. hát – váll, felkar – mell
- II. sz. derék – végtag
- III. sz. lábfej – boka (csizma)
- IV. sz. kézfej – csukló
- V. sz. has (főleg gynecológiai területen)



Bakteriális veszélyeztetettség és antibiotikus védelem az újszülöttsebészetben

Pintér András dr. és Bakó Márta dr.

A műteti trauma minden életkorban megzavarja a szervezet normális anatómiai és élettani működését. Nem kétséges, hogy ez az extrauterin élet-körülményekhez még nem adaptálódott újszülött csecsemőre fokozottan érvényes.

A kora- és újszülöttsebészet ma még igen magas halálozásában a kísérő fejlődési rendellenességek mellett a bakteriális fertőzés a legfontosabb tényező. A gyorsan kialakuló és alig uralható infekció keletkezésében fontos szerepet játszik az újszülött csecsemő fiziológiásan ismert elégtelen immunstátusa, emellett az újszülött a normális körülmények között infekciómentes uterusból minden átmenet nélkül jut a baktériumoktól hemzsegő, sokszor polyresistens törzsekből álló extrauterin életbe. Ugyanakkor sokszor még a súlyos fertőzés tünetei is csak nehezen ismerhetők fel, ami késlelteti a megfelelő kezelés elkezdését. E megfontolások alapján nem vitás, hogy minden műtetre kerülő újszülött, de elsősorban a koraszülöttek, „high risk” betegek csoportjába tartoznak.

Dolgozatunk célja, hogy a Pécsi OTE Gyermekeklinika sebészeti osztályának tapasztalatai és az irodalmi adatok alapján áttekintsük a vele született fejlődési rendellenességek miatt műtetre szoruló újszülött csecsemőkben a bakteriális fertőzés leggyakoribb okait a születéstől a postoperatív szakig bezárólag. Ugyanakkor munkánk megpróbálja röviden összefoglalni a bakteriális fertőzések megelőzésére és megszüntetésére alkalmazott antibiotikus kezelés fontosabb gyakorlati elveit, lehetőségeit és határait az újszülöttsebészetben.

Bakteriális fertőzés kialakulása az újszülöttsebészetben

a) Szülés—betegszállítás(ok) a műtét helyére

A sürgős műteti beavatkozást igénylő fejlődési rendellenességek csak egy részében (omphalocele, gastroschisis, meningomyelocele, anus-atresia stb.) nyilvánvaló az azonnali sebészeti beavatkozás igénye. Az esetek jelentősebb részében (nyelőcső-atresia, duodenum-elzáródások és -szűkületek, vékony- és vastagbél-anomáliák, rekeszsér, meconium ileus stb.) az újszülöttek esetleg respiratoricus distress, aspiratio, sepsis gyanújával kerülnek

az újszülöttosztályokra, majd innen a congenitalis anomalia valószínűsített diagnózisával olyan intézetbe, ahol a szükséges műtétet el tudják végezni.

Hazánkban az újszülöttsebészeti beavatkozások mintegy 15—20 egyetemi vagy kórházi gyermeksebészeti osztályon történnek. Ha elfogadjuk — és a külföldi tapasztalatok alapján el kell fogadnunk —, hogy minden 1 000 000—1 500 000 lakosra szükséges egy állandó ügyeletet adó speciális újszülött- és gyermeksebészeti központ, akkor ez az arányszám a jövőben, a jobb betegellátás érdekében csökkenni fog. Így hazánkban a műtetre kerülő újszülötteknek — Budapest kivételével — gyakran 100—150 km-t kell megtenniük mentőkocsiban, hogy a végleges ellátás helyére kerüljenek.

Az egy vagy több lépcsőben történő szállítás, mégha az speciális, újszülöttszállításra alkalmazott és felszerelt mentőkocsiban történik is, a bakteriális infekció veszélye, elsősorban a gastroschisis és omphalocele újszülöttek esetében, igen jelentős.

Ugyanakkor az újszülöttsebészeti ellátást nyújtó intézetek számára további infekciós forrást jelent a különböző szülőotthonokból, újszülöttosztályokról bekerülő kórokozók lehetősége. Rickham (6) szerint ezek az *E. coli*, *klebsiella*, *Pseudomonas aeruginosa*, *proteus* és *staphylococcus* törzsek általában már több antibiotikummal szemben resistensek. 1959 és 1961 között a liverpooli újszülöttsebészeti centrumba szállított betegek 14,6%-ában a különböző, nem enterális helyekről történt leoltásokból *E. coli* tenyésztett ki (4).

b) Diagnosztikus eljárások infekciózus veszélyei

Az újszülött-, illetve gyermeksebészeti osztályokra az esetek jelentős részében a betegek feltelevezett diagnózissal kerülnek. Ezt a műtét végzése előtt természetesen igazolni kell.

A nyelőcső fejlődési rendellenességeiben (atresia) ma még rutin eljárás a felső, vakon végződő nyelőcsővégbé vezetett katéteren keresztül benyomott, mintegy 0,5 ml vízben oldódó kontrasztanyag alkalmazása. Bár ezt a sugárelnyelő anyagot a röntgenfelvétel elkészítése után kiszívják, mégis egyértelműen kiderül Koop és mtsai (3) vizsgálataiból, hogy ez a diagnosztikai eljárás jelentős szerepet játszik a postoperatív légúti infekciók kialakulásában. Koop és mtsai (3), valamint Léb és Dénes (5) közlései alapján el kell fogadnunk és követnünk kell, hogy a nyelőcső-atresia esetében csupán sugárfogó szondát toljunk az oesophagusba. Ennek megtöretése és végének visszafordulása kielégítően igazolja a nyelőcső-atresiát.

A tápcsatorna alsó részének, a végbél és a vastagbél vele született szűkületeinek és elzáródásainak, funkcionális passage-zavarainak felismerésében, elkülönítő diagnózisában elkerülhetetlen az anus-nyíláson keresztül végzett kontrasztanyag röntgenvizsgálat. Ha megfelelő nagyságú és finomságú szondákkal, gyakorlott személy végzi, nem jelent komoly bakteriális veszélyt, de a fertőzés lehetősége adott.

Az élet első napjaiban felismerhető és felismerésre kerülő urológiai anomáliák egy részében elkerülhetetlen a hólyag katéterezése. Ez még inaktív urológiai tractus esetén, egyszer használatos katéter alkalmazásával is komoly infekciós veszélyt jelent, azonban ezekben a betegekben a vizetképző vagy -elvezető rendszer súlyos anomáliája (pl. urethra-billentyű) következtében már a foetalis életben kialakult nagyfokú pangás jelentősen megnöveli a praeeoperatív röntgen- és műszeres vizsgálatok bakteriális fertőzésének kockázatát.

c) Anaesthesia, műtéti beavatkozás és a bakteriális fertőzőségi

Az újszülöttsebészeti beavatkozások ma már szinte kizárólag intratrachealis narkózisban történnek. Az intubatio, a már 1–2 órás anaesthesia, de elsősorban a tartós légúti kanülálás a trachea nyálkahártyájának kisebb-nagyobb károsítását eredményezi, s ezzel kedvező feltételeket teremt a légúti infekció kialakulására.

A postnatalis élet első óráiban vagy napjaiban végzett műtéti beavatkozások döntő többsége a mellüreg vagy hasüreg megnyitásával jár. A thoracotomia, az állandó szívás biztosítására a mellkasba helyezett műanyag vagy gumicső a közvetlen bakteriális invasio lehetőségét jelenti, illetve közvetve, a tüdő-ventilációt rontva, bronchopneumoniára hajlamosít. Laparotomia, a belek különböző okból történő megnyitása megteremti a bakteriális expositio lehetőségét, melynek manifestációját a gyakran 1–2 órás műtét okozta bélleghűlés és az általános hypothermia, a hasi zsigerek csökkent vérellátása, a műtétet követő többnapos ileus vagy subileusos állapot nagymértékben elősegíti.

A különböző lokalizációjú és súlyosságú meningomyelocelék zárásáig eltelt idő — még ha az csak néhány óra is —, elegendő lehet a bakteriális infekció kialakulására.

d) A postoperatív szak veszélyei

A műtéten átesett újszülöttek gondos felügyelete, vitalis funkcióinak monitorizálása a bakteriális fertőzés veszélyeinek egész sorát jelenti. Alig fér kétség ahhoz, hogy az ezen periódusban észlelésre kerülő infekciók nagy része a postoperatív intenzív ápolás negatív eredménye lehet, s többnyire nem a műtét előtt vagy alatt szerzett infekció megjelenése.

Ezen a helyen csak a legfontosabb veszélyforrásokat szeretnénk megemlíteni.

A postoperatív respiratorikus komplikációk megelőzésében ma már rutinszerűen alkalmazott az ismételt tracheo-bronchialis toilette. Még a leggondosabb technikai kivitelezés is csak csökkenteni tudja a felső légutak nyálkahártyájának sérülését, illetve a következményes bakteriális infekció kialakulásának lehetőségét.

A vitalis funkciók monitorizálására a köldök-arteria és -véna kanülálására ma már — elsősorban a bakteriális fertőzés lehetősége miatt — egyre ritkábban kerül sor, a születés utáni resuscitatio során azonban számos esetben elkerülhetetlen.

Újszülött csecsemők postoperatív szakában, elsősorban a hasfal és tápcsatorna fejlődési rendellenességeinek műtéti után egyre gyakrabban alkalmazzuk a részleges vagy teljes, sokszor hetekig, hónapokig tartó parenteralis táplálást. Ma már, hála az egyre könnyebben elérhető műanyag szerelekeknek („szárnyas tűk”), az általános bakteriemia veszélye miatt visszatértek a perifériás gyűjtőerek kanülálására. Ez természetesen megnövelte a lokális thrombophlebitisek kialakulását. Ebben döntő szerepet játszik az újszülöttek intenzív ellátásában a folyadék-electrolyt és tápanyagszükséglet biztosítására alkalmazott különböző koncentrációjú oldatok és tápanyagok egyre kiterjedtebb használata. Nagyobb gyermekekben az infúziós oldat vagy szerelék bakteriális fertőzőségi vagy az endotoxin által kiváltott pyrogen reakciót láz, hidegrázás kíséri. Ezeket a fontos alarmizáló jeleket újszülöttben általában nem lehet megfigyelni. Az erythema, ödéma, localis érzékenység vagy az infundatum extravasatióját vagy a kezdődő thrombophlebitist jelzi. Az egyes esetekben adott transfusio elsősorban a vírusinfekciók szempontjából jelentős.

A műtéten átesett újszülötteket ma már szinte mindenütt incubatorban ápolják. Az állandó meleg és nedves levegő, az incubatorok nem kielégítő száma és alacsony technikai szintű csírálanítása csökkenti a zárt térben történő ápolás előnyeit.

Dolgozatunkban elsősorban az antibiotikus védelem szempontjait hangsúlyoztuk és csak röviden érintettük a hygienés rendszabályokat. A magas újszülöttsebészeti mortalitás csökkentésében csak akkor számíthatunk sikerre, ha a szülés vezetése során, a szülőotthonokban és a szülészeti osztályokon, a betegszállítás során, a röntg-részlegekben, a sebészeti műtőkben, a postoperatív ápolás helyén megteremtjük és betartjuk az asepsis elveit. Az antibiotikus therapia nem helyettesítheti a takarítást, a kézmosást, a fertőtlenítést és a sterilizálást, hanem segít az egészséges újszülött-

	Laboratórium vizsgálata Hg Hb Tromb. Fst	Előzetes vizsgálat	Laparotomia	Laparotomia	Laparotomia	Laparotomia	Laparotomia	Laparotomia	Laparotomia
1. Légutak	+	+	++	+++	+++	+++	+	+	
2. Hólyag	+	+	+	+++	+++	+	+++	+	
3. Hasüreg									
4. Vese									
5. Szív									
6. Máj									
7. Pajzsmirigy									
8. Mellékvese									
9. Nier									
10. Vese									

ábra.

Fontosabb klinikai laboratóriumi és röntgenjelek és -tünetek, melyek értékelése támpontot nyújthat a prophylaktikus vagy therapiás célú antibiotikumadáshoz. +: tájékoztató vizsgálat (gyanú esetén); +++: rendszeresen ellenőrizendő. (Belohradsky után, 1971)

ben tüneteket még nem okozó fertőzés progrediálásának megakadályozásában, illetve döntő jelentőségűvé válik a már kialakult infekció leküzdésében.

Antibiotikumok alkalmazásának főbb szempontjai az újszülöttsebészetben

Az elmúlt 20 évben az újszülöttsebészet fejlődésében észlelt kifejezett javulás egyik döntő tényezője az antibiotikumok széles körben való alkalmazása. Ugyanakkor nem vitás, hogy ezen nagyfontosságú terápiás lehetőség alkalmazásában, a fertőzés megelőzésében és leküzdésében ma még sem külföldön, sem hazánkban nem alakultak ki egységes elvek.

a) Prophylaktikus antibiotikumadás kérdése

Számos újszülöttsebészeti beteganyagon nyert vizsgálat alapján jól kitűnik, hogy a Gram negatív kórokozók szerepe jelentősen megnőtt a Gram pozitív baktériumokkal szemben. A Gram negatív kórokozók csoportjában *E. coli*, *Pseudomonas aeruginosa* a leggyakoribb, majd a *klebsiella* és *proteus* a további sorrend. A Gram pozitív baktériumok közül elsősorban a *staphylococcus*t kell megemlíteni. Bár ismerjük a kórokozók gyakoriságának sorrendjét, számos antibiotikum áll rendelkezésre és tudjuk, hogy melyik ellen, melyik antibiotikum szokott a leghatásosabb lenni, mégsem biztos, hogy a prophylaktikusan elkezdett antibiotikum — ismerve a kórokozó törzsek esetleges polyresistentiáját — hatásos.

Vezető külföldi újszülött- és gyermeksebészeti centrumok adatai azt igazolják, hogy a prophylaktikusan, már a praeoperatív szakban adott antibiotikus védelem nem mindenhol elfogadott álláspont. „Antibiotikumot csak akkor adok, ha a fertőzésnek vannak már klinikai vagy laboratóriumi jelei” állásponttal szemben állnak a prophylaktikus adás hívei. Szerintük e dolgot az első részében említett bakteriális infekció expositio lehetőségai közül egy vagy több minden műtetre kerülő újszülöttben fennáll, tehát indokolt az antibiotikus védelem. További érv, hogy az anaesthesia és a műtét újabb veszélyforrást jelent.

Ha elfogadjuk a prophylaktikus antibiotikumadás elvét, még mindig számos kérdés vár megválaszolásra. Első kérdés, hogy egy széles spectrumú antibiotikumot adjunk vagy kombináljuk azokat. A monoterápia „ellenfelei” azzal érvelnek, hogy az antibiotikum adása elősegíti a resistentia kialakulását. Abban azonban mindenki egyetért, hogy az újszülöttsebészetben sem szabad a prophylaktikusan adott antibiotikum dózisának kevesebbnek lennie, mint amennyit a már kialakult infekció leküzdésére kell adni. További kérdés, hogy mennyivel a műtét megkezdése előtt adjuk az antibiotikumot. Néhány órával a sebészeti beavatkozás előtt adott antibiotikum esetén a legkisebb a veszélye annak, hogy therapiaresistens baktériumtörzsek telepedjenek meg az emésztő-tractusban, a bőr felszínén (1). Ugyancsak nem eldöntött, hogy a postoperatív szakban meddig folytassuk a prophylaktikus antibiotikum adását, amennyiben in-

fekcióra utaló jelek nem alakultak ki. *Geme* (2) szerint ezekben az esetekben 48 órával a műtét után leállhatunk az antibiotikum adásával. *Saját tapasztalataink és gyakorlatunk az, hogy ameddig az infekció veszélye fennáll* (mellkasszívás, parenteralis folyadék- és táplálékbevitel, hólyagkatéter stb.) az antibiotikum adását folytatjuk.

Mivel a tápcsatorna különböző fejlődési rendellenességei mindig mechanikus és/vagy paralyticus ileusszal társulnak, továbbá az a tény, hogy az esetek döntő többségében azonnal operálni kell, a bél-tractus antibiotikus előkészítésére gyakorlatilag nincs lehetőség.

b) Felső légúti és tüdőinfekciók az újszülöttsebészetben

Kialakulásukkal nemcsak a mellkas-, hanem az abdominalis műtéteket követően is számolni kell. Oki tényezőként elsősorban az intubációt, az anaesthesiát, a thoracotomia kedvezőtlen hatásait, az abdominalis légzés laparotomia által kiváltott érintettségét, az aspirációt kell számításba venni.

Az újszülöttsebészeti beavatkozások nagy csoportját képezi a nyelőcső-atresia. A fejlődési anomalia az esetek nagy többségében tracheo-oesophagealis sipollyal társul. Ez a fistula felelős elsősorban a praeoperatív szakban manifesztálódott vagy latens pulmonalis infekciók kialakulásáért, azaz a fejlődési rendellenesség magas mortalitásaért.

A praeoperatív szakban a garat, a vak nyelőcsőszak, a trachea ismételt leszívásával, Fowler-helyzettel, széles spectrumú antibiotikum adásával, kialakult pneumonia esetén 12–24 órás konzervatív kezeléssel, local anaesthesiában végzett gastrostomiával kedvezőbb műtéti feltételeket teremthetünk a sebészeti beavatkozásra váró újszülött számára.

Légúti fertőzések esetében, saját tapasztalataink alapján is, a kórokozó identifikálására legjobban a bronchus-váladék mikrobiológiai vizsgálata.

c) Az antibiotikus kezelés általános elvei

A sikeres antibiotikus kezelés alapja az időben elkezdett célzott terapia. Erre azonban csak akkor van lehetőség, ha már akkor gondolunk a fertőzés veszélyére, amikor még nem alakultak ki az ún. „nagy” infekciós klinikai tünetek. Ezek felismerését azonban nehezíti, hogy újszülöttben a sepsis klinikai tünetcsoportja jelentősen eltér a csecsemőben, gyermekben jól ismert képtől.

A bakteriológiai diagnózis felállítása, a célzott antibiotikus kezelés csak akkor valósítható meg, ha minden lehetséges vizsgálati anyagból megpróbálunk kórokozót kitenyészteni, lehetőleg még az antibiotikum adása előtt. Az ismételt haemokultúra levétele feltétlenül indokolt. Ez vagy a láz csúcsán, vagy a következő esedékes antibiotikum beadása előtt történjék, ugyanis ekkor a legkisebb a vérben az antibiotikumszint, azaz legvalószínűbb, hogy kitenyészthető lesz a kórokozó.

A klinikai tünetektől függően lehetséges a bőr, nyálkahártya-váladék, köldök, conjunctiva,

pyoderma, fül, orr stb. váladék, valamint a beteg fiziológiás és pathológiás váladékainak (vizelet, széklet, garat, liquor, bronchus, hasüreg, mellüreg, dobüreg, különböző elhelyezkedésű tályogüregek stb.) bakteriológiai leoltása.

A gyermeksebésztől nagy körültekintést és neonatológiai jártasságot igényel az infekció laboratóriumi jeleinek (fehérvérsejtszám, thrombocytaszám, minőségi vérvkép, icterus, vvt.-süllyedés stb.) összevetése a klinikai képpel (láz vagy lehűlés, hányás, bukogatás, dyspnoe, cyanosis, görcsök, petechiák, hepatosplenomegalia stb.).

Ábrában foglaltuk össze azokat a fontosabb klinikai, laboratóriumi és röntgenjeleket és tüneteket, melyek értékelése támpontot nyújthat a prophylaktikus vagy therapiás célú antibiotikum-adáshoz (*ábra*).

Az antibiotikum kiválasztását a következő szempontok alapján javasoljuk: ismeretlen kórokozó vagy prophylaktikus adás esetében feltétlenül számolni kell Gram pozitív és negatív kórokozók lehetőségével. A Gram negatív infekció veszélye több szempontból reális: a fiziológiás IgM-hiány, a sebészeti osztályok mikroflórája, eszközös vizsgálatok és beavatkozások, kanülök, katéterek, incubator stb.

A kiválasztott antibiotikum lehet vagy egy széles hatósugarú, vagy két szűkebb spectrumú. Az alkalmazott szerektől megkivánjuk, hogy bactericid hatásuk mellett — figyelembe véve az újszülött csecsemő máj- és veseműködésének éretlenségét — ne okozzanak számottevő mellékhatásokat.

Az említett szempontok alapján az újszülöttsebészetben legelőnyösebbek a szintetikus vagy félszintetikus penicillin készítmények. Ezek közül legszélesebb spectrumú a Gram pozitív és negatív baktériumokra egyaránt hatásos Microcillin és az ennél szűkebb hatósugarú Ampicillin. Az utóbbit „vakon” önmagában nem tartjuk célszerűnek alkalmazni.

Súlyos, még pontosan nem identifikált infekcióban önállóan csak a Garamycin adása jöhet szóba — vállalva az esetleges mellékhatásokat is. A penicillin csoport tagjait leghatásosabban a Kanamycin vagy Polymyxin B-vel együtt alkalmazhatjuk. Irodalmi adatok alapján a „vészkombinációnak” elfogadott Ceporin—Garamycin együttes adása, elvileg az összes lehetséges kórokozó ellen hatásos (7).

Amennyiben antibiogram áll rendelkezésünkre, a célzott antibiotikus kezelést úgy tervezük meg, hogy az vegye figyelembe a beteg klinikai állapotát, a kórokozó(k) milyenségét, biztosítsa az optimális szöveti szintet, illetve a szervezetről történő kiválasztása megfelelő legyen.

d) *Sikertelen antibiotikus kezelés főbb okai az újszülöttsebészetben*

Az alábbiakban röviden összefoglaljuk azokat az eseteket, amikor az antibiotikus kezelés nem hozza meg a kívánt eredményt.

1. Ha az antibiotikum bevitele, dozirozása nem megfelelő módon történik;

2. ha a különböző vizsgálati anyagokból identifikált kórokozók resistantia-vizsgálata alapján hatásosnak talált antibiotikumot akkor is tovább adjuk, amikor az a klinikai képben nem eredményez javulást (rossz anyaglevétel, nem a valódi kórokozó tenyésztett ki);
3. ha az antibiotikus kezelést későn kezdjük el,
4. ha nem kezeljük megfelelően az alapbetegséget;
5. ha nem végezzük el időben a kisebb sebészeti teendőket, mint az abscessusok megnyitását, necrotikus szövetek eltávolítását;
6. ha a megkezdett kezelést folytatjuk ugyanazzal az antibiotikummal;
 - a) 3—4 napi eredménytelen kezelés után,
 - b) a láz visszatérése esetén,
 - c) ha a betegség visszatér, de a beteg közben még kapta az antibiotikumot;
7. ha a beteget az antibiotikum adása során nem figyeljük eléggé, s más, az alapbetegségtől független fertőzés (otitis media, meningitis) alakul ki.

Befejezés

Áttekintve az újszülöttsebészetben leggyakrabban észlelt bakteriális fertőzések keletkezését, tárgyalva ezek megelőzésére és megszüntetésére alkalmazandó antibiotikus kezelés lehetőségeit, egyértelműen kitűnik, hogy csak több szakterület gondosan megtervezett és kivitelezett erőfeszítései csökkenthetik a ma még magas újszülöttsebészeti mortalitás legfontosabb tényezőjét, a bakteriális infekciót, a sepsist. Szülészek, neonatológusok, mentőszolgálat dolgozói, anaesthesiológusok, bakteriológusok és gyermekbárányok gondosan összehangolt tevékenysége lehet előfeltétele ennek a munkának.

Összefoglalás. A szerzők áttekintik az újszülöttsebészetben a bakteriális infekció kialakulásának lehetőségeit a születéstől a postoperatív szakig bezárólag. Részletesen tárgyalják a diagnózis felállítása, az anaesthesia — műtét, valamint a postoperatív periódus intenzív ápolása során a bakteriális veszélyeztetettséget. Felhívják a figyelmet, hogy az újszülöttsebészetben is mindenáron törekedni kell az infekciót okozó kórokozó identifikálására és a célzott antibiotikus kezelésre. Rámutatnak az újszülöttkori fertőzések felismerésének nehézségeire. Összefoglalják a pécsi Gyermekklinika sebészeti osztályán alkalmazott antibiotikus kezelés fontosabb elveit, lehetőségeit. Érintik a sikertelen antibiotikus kúra leggyakoribb okait.

IRODALOM: 1. Belohradsky, B. H.: Antibiotika und Trasyoltherapie in Pädiatrie und Kinderchirurgie. Urban u. Schwarzenberg, München—Berlin—Wien, 1971. 85. old. — 2. Geme, J. W. St.: Nasocomila infections. In Gans, St.: Surgical Pediatrics. Grune a. Stratton, New York—London, 1973. 234. old. — 3. Koop, E. C. és mtsai: Pediatrics. 1974, 54, 558. — 4. Lapatsanis, P.-D., Irving, I. M.: Acta paediat. 1963, 52, 436. — 5. Léb J., Dénes J.: Gyermekgyógy. 1969, 20, 212. — 6. Rickham, P. P., Johnston, J. H.: Neonatal surgery. London, Butterworths, 1969. — 7. Simon, C. és mtsai: Korszerű antibiotikus kezelés. Medicina, Bp. 1974.

POTSEPT®

potenciált hatású sulfonamid

tabletta

HATÁS

A két antibakteriális hatású komponenst tartalmazó gyógyszer a baktériumok folsav-szintézisét gátolja. A Superseptyl a p-aminobenzoészav-dihydrofolsav, a trimethoprim a dihydrofolsav-tetrahydrofolsav fázisban gátolja a folsav-szintézist. E kettős ferment-blokád útján ható kombináció a Gram negatív és Gram pozitív baktériumok jelentős részének növekedését egyaránt gátolja. A baktericid hatás többszörösre fokozódik, rezisztens baktérium-populáció ki-fejlődése igen lassú. Az epében magas koncentráció alaku-
l ki, a vizelettel nagyrészt aktív formában ürül.

ÖSSZETÉTEL

Trimethoprimum	0,08 g
Sulfadimidinum	0,40 g
tablettánként.	

JAVALLAT

Légúti infekciók (tonsillitisek, bronchitis chr., pneumoniák etc.).

Húgyúti infekciók (acut és chronikus pyelonephritis, cystitis, chronikus pyuriák).

Shigellosis. Cholera.

Typhus abdominalis.

Salmonellosis gastroenteritica.

Reconvalescentiában Salmonella- és Shigella-ürítés.

Ty. baktériumgazdaság, főként már cholecystectomizált bg-nál.

Brucellosis. Gonorrhoea.

ELLENJAVALLAT

Máj- és veseelégtelenség, vér-dyscrasia, sulfonamid-tűlé-
zékenység, valamint terhesség.

Csecsemőknek 1 hónapos korig nem adható.

ADAGOLÁS

A készítményt acut infectio esetén legalább 5 napon át kell adni, általában pedig legalább 2 napi tünetmentes-
ség eléréséig.

ÁLTALANOS ADAGOLÁSI TÁJÉKOZTATÓ FELNŐTTEKNEK

Terápiás adag 2×2 tabl./die (reggel és este étkezés után).

Fenntartó adag 2×1 tabl./die (reggel és este étkezés után).

Maximális adag 2×3 tabl./die (reggel és este étkezés
után).

GYERMEKEKNEK

2-6 éves korban 2× $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ tablettá,

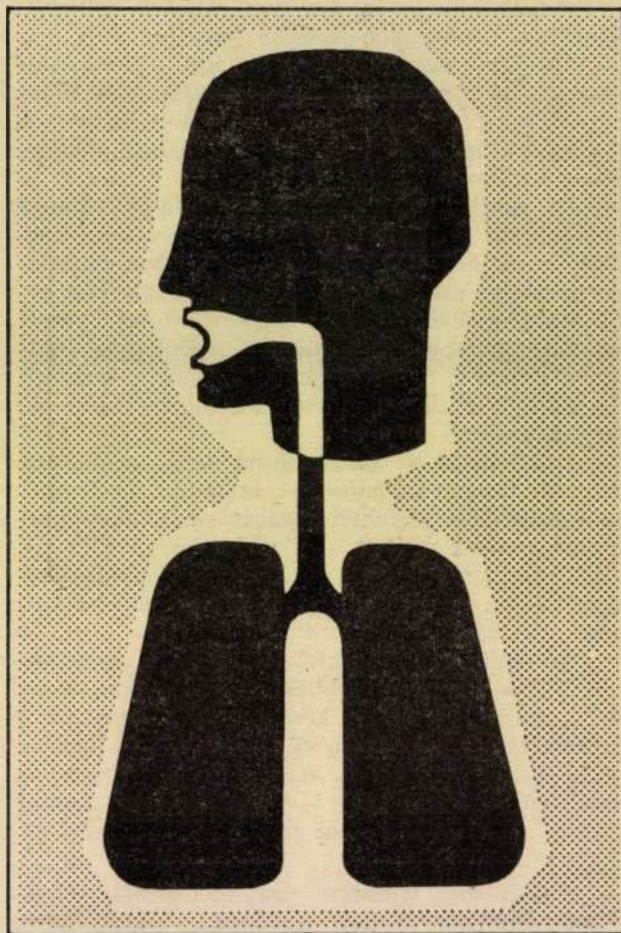
6-12 éves korban 2× $\frac{1}{2}$ -1 tablettá étkezés után.

Akut infekció esetén a fenti gyermekadagok rövid ideig (5-6 napig) tartó kezelés során a napi 6 mg trimetho-
prim + 30 mg Superseptyl testsúlykilogrammonkénti ada-
gig emelhetők, napi 2 egyenlő részre elosztva.

Gyermekeknek 6 éves kor alatt a gyógyszer adagolása
megfontolandó.

MELLÉKHATÁSOK

Rossz közérzet, fejfájás, gyomorpanaszok, gyógyszer-exan-
thema. Ritkán múló jellegű vérképzőrendszeri károsodás
észlelhető (leukopenia, thrombocytaszám- és folsavszint-
csökkenés). Ezek az elváltozások folsav adására gyorsan
rendeződnék.



A mellékhatások főként tartós (3-8 hetes) kezeléskor ész-
lelhetők, és emiatt ilyenkor teljes vérképkontrollok szüksé-
gesek (thrombocytaszám kontrollok is!).

FIGYELMEZTETÉS

A kezelés ideje alatt megfelelő mennyiségű folyadékbevi-
telről kell gondoskodni. Ha a kezelés alatt exanthema ke-
letkezik, a gyógyszer szedését abba kell hagyni.

MEGJEGYZÉS

✱✱✱ Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári
jog alapján csak abban az esetben rendelhető, ha az adott
esetben a beteg gyógykezelését más - szabadon rendelhető
- chemotherapeuticum megfelelően nem biztosítaná. A vényt
két példányban „Másolat”-tal kell kiállítani.

CSOMAGOLÁS

20 tabl. 61,50 Ft.

**ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR,
TISZAVASVÁRI**

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
II. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Petrányi Gyula dr.)
Magyar Néphadsereg, Egészségügyi Szolgálat

Háromszoros súlyos gyógyszerártalom esete

Gachályi Béla dr., Káldor Antal dr.
és Turi Károly dr.

A gyógyszer mellékhatások száma és súlyossága az újabb és hatásosabb gyógyszerek elterjedésével egyre nő. Nemzetközi becslések és vizsgálatok alapján a kórházi ágyak mintegy öt százalékát olyan betegek foglalják el, akik az orvosi kezelés következtében kerültek oda; és a kórházi betegek 10–18 százaléka a kórházi tartózkodás idején nem kívánatos vagy váratlan gyógyszerhatást szenved el (1). Más adatok szerint ez a szám 13,6 és 30,9 százalék között mozog (2). Az így elszenvedett egészségkárosodás az egyes betegek szempontjából súlyos következményekkel járhat, de nem hanyagolható el a jelenség gazdasági hatásai sem. Az Egyesült Államokban például a kórházi ápolási napok egyhete gyógyszer mellékhatások kezelésére szolgál és ez évi 3 milliárd dollárba kerül (3).

Az alábbiakban ismertetendő betegünk gyógyszer-abusus, majd gyógyszer toxicitás, később pedig váratlan mellékhatás következtében súlyos egészségkárosodást szenvedett. A tárgyalás során elsősorban a gyógyszerek káros hatásával összefüggésbe hozható klinikai tüneteket és vizsgálati leleteket ismertetjük részletesen.

Esetismertetés

53 éves nőbeteg 1973. március 1-én került először felvételre (tkvsz.: 5774/73.), elmondta, hogy már több alkalommal feküdt kórházban. *Első kórházi felvételekor* (1969) — a zárójelentés alapján —, vashiányos anaemiát és cholecystitis acutát állapítottak meg. Vizeletében halvány opalescentiát találtak és pyuriás volt. A vizelet fajsúlya 1013 és vérnyomása ekkor normális volt. 1970. áprilisában chronicus pyelonephritist állapítottak meg, vérnyomása 200/100 Hgmm volt. Serum kreatinin 1,52 mg%, maradéknitrogén 40 mg% volt. Az iv. pyelographia halvány kiválasztást és legömbölyödött, illetőleg elmosódott kehelyvégeket mutatott. Ez alkalommal Nitrofurantoin és Tetrán kezelést kapott. *Újabb kórházi felvételekor* (1970. július) a vesefunkció további romlását, az anaemia fokozódását észlelték, ekkor 15 g Chlorocid-S-t és 5 g Tecomycin (Neomycin sulfuricum) kapott.

Orvosi Hetilap 1976. 117. évfolyam, 36. szám

1966-ban kezelő orvosa ideges panaszai miatt Quietidint rendelt, kéthetes szedés után mindkét láb-szárn dermatitis lépett fel, de a gyógszert ennek ellenére további 6 hétig szedte. Látása 1967-től kezdve fokozatosan gyengült. Mivel a szájáról való olvasás lehetetlenné vált számára, 1973 szeptemberében a bal, 1974 szeptemberében a jobb szemén végeztünk hályogkivonást (helyi érzéstelenítésben, sebzés varratokkal, iridectomia), jó eredménnyel. 1970. végétől Sigmamycin kúrában részesült, összesen 100 kapszulát (?) vett be (1 kapszula 250 mg-ot tartalmaz, 67% tetracyclin, 33% oleandomycin).

Halláscsökkenését először 1970 júliusában a Chlorocid, Tecomycin kúra után állapították meg. Az audiogramm mindkét oldalon a magas hangfrekvenciában perceptív halláscsökkenést mutatott. Az 1971 márciusában végzett ellenőrző vizsgálatkor mindkét oldalon már csak hallásmaradványokat észleltek. *Első klinikai felvételekor* (1973 márciusa) elmondta, hogy 1955 és 1970 között fejfájása miatt phenacetint, coffeint és codeint tartalmazó kombinált port szedett. A 0,3 g phenacetint tartalmazó porból napi 3–8 alkalommal vett be. Becslésünk szerint így a 15 év alatt kb. 5,5–8 kg phenacetint fogyasztott. Ekkor mérsekelt cardiális decompensatiót, anaemiát, beszűkült vesefunkciót észleltünk. (Bentfekvései alatt észlelt fontosabb laboratóriumi eredményeit a táblázat tartalmazza.) Vérnyomása bejövetelekor 160/85 Hgmm volt. Digitalizálás hatására kompenzálódott, Giovanetti-diéta alkalmazására vesefunkciós értékei javultak. *Második felvételekor* (1974. március) a vesefunkciók további romlását találtuk, vérnyomás értékei 190/100 Hgmm körül voltak. Ekkor kezdtük alpha-methyldopa alkalmazását, mellyel vérnyomása egysúlyba került. Kifejezett vashiányos jellegű anaemiája miatt 1 ampulla Jectofer im. adásakor hirtelen ájuláserzés, szorongás, palpitáció, hányás és tensioesés lépett fel. *Legutóbbi felvételekor* (1975. március) vérnyomása lényegében nem változott, a vesefunkciók azonban tovább romlottak. Az alpha-methyldopa mellett Furosemidet és Digitalist adtunk. Transfúziók adásától a jövőben mérlegelendő vese-transplantatio miatt egyelőre eltekinttünk.

I. táblázat

	1973. III.	1974. III.	1975. III.
RR (Hgmm)	160/85	190/100	190/100
Hb (g%)	10	8,9	7,9
Se. Na (maeq/l)	141	146	141
Se. K (maeq/l)	5,1	5,6	4,7
Se. Ca (mg%)	10,6	9,0	9,5
Se. P (mg%)	4,4	4,5	4,7
BUN (mg%)	37	68	70
Se. Kr. (mg%)	3,2	4,1	5,6
Se. Bicarbonat (maeq/l) ..	19	18,5	19,5
Se. összfehérje (g%)	6,6	7,2	6,5
24-hs fehérje ürítés (mg) ..	230	690	600
Se. Fe (γ%)	—	35	85
TVK (γ%)	—	338	324

Megbeszélés

A phenacetin vesekárosodást okozó hatása több évtized óta ismert, de a folyamat mechanizmusa máig sem tisztázott pontosan (4). Primaer laesiónak általában a papillaris necrosist tartják és ezt követi a krónikus interstitialis nephritis által okozott atrophia (5).

A hatás létrejöttében direkt cytotoxikus hatást (6) és/vagy vascularis mechanizmusoknak (7) tulajdonítanak szerepet. Lehetséges, hogy a folyamat kialakulásában más gyógyszerek additív ha-

tásának vagy a phenacetin metabolitjainak is szerepe van (8). A veseártalom kialakulására általában csak nagyobb (5 kg-nál több) phenacetin fogyasztás után kerül sor (9). A vese-biopsia sem mutat specifikus elváltozást (10). Esetünkben a nagy mennyiségű phenacetin-fogyasztás mint kór-óki tényező a veseártalom feltételezésére jogosnak látszik, mivel a zárójelentések tanúsága szerint vesebetegség, ill. korábbi anamnesisében erre utaló panaszok nem szerepelnek.

A neomycin ototoxikus hatása előfordul per os adagoláskor is (11), de leggyakrabban parenteralis adagolás esetén figyelhető meg, különösen akkor, ha a vesefunkciók már beszűkültek (12). A szer nagyobb károsodást okoz a külső cochleáris szőrsejtekben, mint a belső érző sejtekben. A halláscsökkenés először a magasabb frekvenciájú hangoknál észlelhető. A neomycin toxikus hatásaival foglalkozik *Mészáros és mtsai* nemrég megjelent munkája (13). Ismeretes, hogy a chloramphenicol fokozza a neomycin ototoxikus hatását, feltehetően a neomycinle bomlás lassítása révén (14). Betegünk a neomycint már beszűkült vesefunkció mellett szedte, halláscsökkenése a magas frekvenciájú hangokra terjedt ki először, a neomycin szedését közvetlenül chloramphenicol parenteralis adása előzte meg. Ezek alapján a halláskárosodását gyógyszerártalomnak tekinthetjük.

A gyógyszerek szemészeti mellékhatásait *Grósz István* találóan a „szemafor”-hoz hasonlította. A szaruban, lencsében, érhártyában, ideghártyában jelentkező finom elváltozások korán diagnosztizálhatók. A hazai szerzők közül a lencsére vonatkozóan a Quietidin (0,05 g 1,4-bisz-fenilizopropil-piperazin 2HCl) lencsekárosító hatására 1967-ben *Mezey* (15) és *Radnót* (16) hívta fel a figyelmet. *Mezey* megfigyelése később kísérletesen is bizonyítást nyert (17).

A szemészeti osztályon több mint 10 beteget operáltunk Quietidin-hályoggal. Jellemző volt, hogy a hályog a hátsó kéregben kezdődött és mindig kétoldali volt. A látásromlást minden esetben photodermatitis előzte meg. Mindezek megerősítik *Mezey* magyarázatát, mely szerint az ektodermális eredetű lencse és a bőr fejlődésileg azonos érzékenységű tulajdonsággal rendelkezhet. Tapasztalataink alapján azonban nem állítható, hogy a photosensibilitást előidéző gyógyszer elhagyása után a cataracta progressiója minden esetben megáll. Hosszabb ideig lehet stationer, eseteink többségére azonban a lassú progressio volt jellemző. A látóélesség a lencse optikai fényáteresztő képességé-

től és a pupilla átmérőjétől függően változik. A lassan csökkenő látóképességhez az ember alkalmazkodni tud hosszabb ideig is. Aktív dolgozó azonban, ha a visus 0,3–0,4-re csökken, rendszerint munkaképtelenné válik. Szerencsére, hogy a fertőzés elleni védekezés és a műtési technika fejlődése a műtési megoldást lehetővé teszi, mint ahogy 8 esetben megtörtént. Három betegünk kezdeti hátsó kérgi homálya 1–2 év múlva teljessé vált. Ezek nem okoztak műtési inditációs nehézséget.

Esetünkben nagy valószínűséggel háromszoros súlyos gyógyszerártalom jelenségével találkozunk, melyek nem helytelen gyógyszerrendelés következményei. A phenacetin tartalmú fájdalomcsillapítókat a beteg orvosi ellenőrzés nélkül szedte és részben a phenacetin nephropathia közismertté válása előtt. Betegünk a Quietidint még akkor kapta, amikor annak lencsekárosodást okozó hatása nem volt ismert. A feltételezett pyelonephritis antibiotikus kezelése nem kifogásolható. Az ismertetett eset az új, valamint a nagy hatású gyógyszerek alkalmazása esetén szükséges fokozott óvatosságra int.

Összefoglalás. Szerzők 53 éves nőbeteg esetét ismertetik, akiben phenacetin által okozott súlyos vese-károsodást, Chlorocid, Tecomycin adása után kialakuló súlyos halláscsökkenést figyeltek meg. A Quietidin okozta cataracta műtési megoldása jól sikerült, renális állapota viszont fokozatosan romlik.

Felhívják a figyelmet a gyógyszer-abusus, a gyógyszer-toxicitás és a váratlan mellékhatások veszélyeire.

IRODALOM: 1. *Ogilvie, R. I., Ruedy, J.:* Canad. Med. Ass. J. 1967, 97, 1445. — 2. *Anello, C., Hanson, C.:* Drug Surveillance for Adverse Reaction FDA. March 1971. — 3. *Melmon, K. L.:* New Engl. J. Med. 1971, 284, 1361. — 4. *Harvald, B.:* Amer. J. Med. 1963, 35, 481. — 5. *Burry, A. F.:* Nephron. 1968, 5, 185. — 6. *Abrahams, C., Levinson, C.:* S. Afr. Med. J. 1970, 44, 63. — 7. *Kincaid-Smith, P., Saker, B. M., McKenzie, J. F. C.:* Med. J. Aust. 1968, 1, 203. — 8. *Bengtsson, U. és mtsai:* Scand. J. Urol. Nephrol. 1968, 2, 145. — 9. *Liljestrand, A.:* Acta Pharm. Suec. 1973, 10, 371. — 10. *Clausen, E., Jensen, K.:* Acta path. Microbiol. Scand. 1968, 72, 219. — 11. *Gibson, W. S.:* Arch. Otolaryng. 1967, 86, 103. — 12. *Ruben, R. J., Daly, J. F.:* Laryngoscope. 1968, 78, 1734. — 13. *Mészáros I. és mtsai:* Orv. Hetil. 1975, 116, 1285. — 14. *Sato, Y. és mtsai:* Ann. Otol. 1969, 78, 201. — 15. *Mezey P.:* Klin. Mbl. Augenheilk. 1967/8, 151, 885. — 16. *Radnót M., Varga M.:* Ann. Oculist. (Paris) 1969, 4, 325. — 17. *Köteles G. J. és mtsai:* Acta Med. Acad. Sci. Hung. 1970, 27, 87.



HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI DOKUMENTÁCIÓS SZOLGÁLAT

Szerkeszti
az Országos Orvostudományi
Könyvtár igazgatója

18. szám

A tuberkulózis elleni küzdelem kibontakozása Magyarországon II.

Milyen is volt egy beteg élete a népszanatóriumban?

A sanatóriumba felvett beteg először tisztasági fürdőt vett, majd elfoglalta ágyát. Utána a segédorvos vagy gyakornok elkészítette anamnesisét. Aztán megtörtént a röntgenátvilágítás és felvételeket is készítettek (az Erzsébet Szanatóriumban 1910-től kezdve!). Ezekután került sor az általános laboratóriumi vizsgálatokra, valamint a köpet direkt bakteriológiai vizsgálatára.

A század elején már számos diagnosztikai eszköz állt az orvostudomány rendelkezésére. Fontos vizsgálati eszköz volt a sztetoszkóp. A röntgen később óriási segítséget nyújtott az orvosi diagnosztika számára. Ismeretes volt már ekkor a légzésfunkciós vizsgálat is, annak kezdetleges formájában. A bakteriológia az évek múlásával mind fontosabb feladatot lát el. A szerológia ugyancsak fejlődik és többféle rutinvizsgálat ad képet a betegségről. Sokkal később jelenik meg a bronchoskop, majd később a kontrasztanyaggal (Lipiodol) végzett bronchographiás vizsgálatok folytatják a sort.

A beteg diagnózisát általában az igazgató főorvos vagy az osztályos főorvos állapította meg fizikális vizsgálatával. Utána elrendelte a gyógykezelést. A sanatóriumi (kórházi) terápia hosszú éveken keresztül lényegében a jó táplálkozás biztosításából, a friss, tiszta levegőn való pihenésből állt. Ezért fokozott szerepet kapott a kalóriadiéta, gazdag és változatos étrend (diéta), továbbá a rendszeres hidegvíz-kúra, de alkalmaztak kvarc-, Finsen-, majd később diatermiás és rövidhullámú kezeléseket is.

Ami a tuberkulózis kemoterápiáját illeti, azokban az években legfeljebb „kedvezően befolyásolni” tudták a betegséget, de gyógyszerrel gyógyítani nem. Tüneti javulást értek el pl. az arany bizonys sóival (krysolgan, triphal, sanocrysin stb.), kevésbé jó eredményeket a réz sóival. Ezen

túlmenően hatékonyak tartották a stibium tartaricumot, a mangánnak rhodannal képezett sóját, a jódkészítményeket. Mindezen organotrop készítményekkel enyhítették a betegséget, de meggyógyítani nem tudták. A szervezet ellenállását hízalással segítették, ha szükséges volt, inzulinkészítményeket is adtak. A gyógykezelés elsőrendű és akkor egyetlen célja az volt, hogy a szervezetet felerősítsék a tbc bacilussal szemben.

A klasszikus sanatóriumi (kórházi) gyógykezelés mellett idővel döntő fontosságú lett a sebészeti beavatkozás is. Bevezették a mesterséges pneumothoraxot (Forlanini szerint); ezt általában belgyógyászok végezték. Ezt a beavatkozást később ambulanter is jól viselték a betegek. Nemsokára alkalmazást nyert a phrenicotomy, a thoracoplastica, a Jacobaeus-műtét és számos más sebészeti beavatkozás. Ezeket külön-külön vagy kombinálva, kórházi osztályokon, valamint tüdőszanatóriumokban, állandó vagy bejáró sebészek végezték, többkevesebb sikerrel. A tüdőtuberkulózis sebészeti kezelésében attól kezdve sikerült viszonylag jobb gyógyeredményeket elérni, amióta a belgyógyászati, sanatóriumi gyógykezeléssel harmonikus együttműködésben végezték a műtéteket. A szervezetileg felerősített és belgyógyászatiilag műtetre indikált betegek sokkal jobb gyógyeredményeket mutattak.

A tüdőszanatóriumi élethez tartozott a hetenkénti testsúlymérés. Naponta kétszer volt vizit, kétóránként pedig lázmérés. Különböző szakrendelések (fogászat, gégesztet, bőr-, nőgyógyászat stb.) heti meghatározott napokon álltak a betegek rendelkezésére. Hathetenként történt teljes vizsgálat.

Ugyancsak a sanatóriumi élethez tartozott az, hogy a dolgozók munkaideje szinte korlátlan volt. A fennálló rendelkezések szerint a munkaidő általában napi 12 óra volt, valójában azonban a szükségletnek megfelelően változott. A szabadnapos sanatóriumi dolgozó nem hagyhatta el munkahelyét. Orvosi ügyeleti díjat nem fizettek. Ez az állapot csak a harmincas években kezdett javulni, emberségesebb formát öltetni.

A népszanatórium orvosi ellátottsága hazánkban megfelelt a kor általános európai követelményeinek: az intézmény élén az igazgató főorvos állt, munkatársai az osztályos főorvos (ahol volt), a segédorvos és a gyakornokok voltak. A gyógyellátási felkészültség minden tekintetben elérte a külföldi hasonló tüdőszanatóriumok akkortájt szokásos igényeit.

Az Erzsébet Szanatórium országos központja volt nemcsak a tuberkulózis gyógyításának, de ezen túlmenően a tudományos kutatásnak, a képzésnek és továbbképzésnek is. Rendszeresek voltak a tudományos referáló ülések, számos orvosi gyógy- és kutatási eredményt összegező, rangos előadás hangzott itt el; értékes cikkek, tanulmányok láttak napvilágot a „Tuberkulózis” hasábjain, de külföldi szakfolyóiratban is. A nagygyűlésekről, kongresszusokról összefoglaló kiadványok adtak számot. A nemzetközi szakirodalomban rangos helyet vívtak ki maguknak tevékenységükkel a magyar tuberkulózis elleni küzdelem orvoskiválóságai. Az Erzsébet Szanatórium, mint hazánk

első gyógyító, kutató, képző és továbbképző hagyományokkal rendelkező népszanatóriuma, előre megszabta saját helyét, funkcióját az 1945 után újjászervezett tuberkulózis elleni küzdelemben.

Az első szanatóriumot néhány év múlva követték az első gondozók. Szombathely járt az élen, ahol 1906-ban nyitották meg a gondozóintézetet. Budapest első gondozója a VIII. kerületi Kistemp-lom utcában talált otthonra 1908-ban.

A gyógyintézetekkel párhuzamosan nőtt a számuk, és 1944-ben elérte a 134-et. (Ebből 10 a székesfővárosé volt, 15 különböző megbiztosító pénztáraké, a többi pedig állami vagy államsegélyes vármegyei, városi, községi vagy egyesületi intézet volt.)

Feladatukörük, munkamódszerük a négy évtized alatt erősen megváltozott, és jelentőségük egyre nőtt. Az önként jelentkező betegek inkább szociális jellegű gondozásától eljutottak az aktív gyógykezelésben való részvételig, a rendszeres (bár még nem országos méretű) szűrővizsgálatokig és az immunizálással történő megelőzés kezdetéig.

Milyen volt a kezdet, az első 10–15 év? A gondozóintézeti betegek városban és vidéken egyaránt a legszegényebbek közé tartoztak. Olyan emberek voltak, akik szanatóriumba szinte soha nem jutottak be, kórházba is csak ritkán és már súlyos állapotban, és anyagi okokból a munkájukat sem tudták hónapokra — pihenés, kezelés céljából — abbahagyni, tehát dolgoztak erejük fogytáig. Emellett életkörülményeik a leginkább kedveztek a betegség kifejlődésének, és tudatlanságuk, amiről ők maguk nem is nagyon tehettek, állandó fertőző veszélyt jelentett a környezetükben élőknek.

A gondozók elsősorban a felvilágosítás, a betegek családtagjainak védelme és az anyagi támogatás terén tudtak eredményes munkát végezni. A gondozónők a betegeket a lakásukon meglátogatták, tanácsot adtak, hogyan lehetne a beteget izolálni és a fertőzés veszélyét csökkenteni, lakás- és személyi higiénére neveltek. A fertőző betegek környezetében őket vizsgálatra rendelték a gondozóba.

Az anyagi támogatást rendszerint nem pénzben adták. A budapesti gondozó például az I. világháború előtt egy-egy segélyezettnek hetenként 7 l tejet, 1,5 kg húst, 1–1 kg lisztet, babot és rizst osztott ki; a segélyezettek száma 1913-ban 1800 volt. Segítettek még tüzelővel, szappannal és tisztítószerrel, megszervezték a betegek ruhájának kimosását, lakbérsegélyt adtak, hogy jobb lakáshoz juttassák gondozottjaikat, és segítettek munkaalkalmat keresni, ha valaki betegsége miatt veszítette el állását (miniszteri rendelet tiltotta már például a fertőző tüdőbnc-s betegek alkalmazását az élelmiszeriparban és -kereskedelemben).

A gyógyítás terén sokkal szerényebbek voltak a lehetőségek és az eredmények. Gyógyintézetbe a betegeknek csak kis töredéke került. *Kentzler* gondozóintézeti igazgató például 1917-ben publikált cikkében írja, hogy az előző három évben a gondozóba felvett 5457 új betegből mindössze 640-et (11,74%) tudott kórházban elhelyezni átlagosan 1–1,5 hónapra. A gondozó ellátta gyógyszerrel az ott-

hon kezelt betegeket — de mint tudjuk, a rendelkezésre álló készítmények csak tüneti hatásúak voltak.

A húszas évek második felében kezdődött a gondozó munka jellegének lassú megváltozása. A pneumothorax kezelés ambuláns alkalmazásának bevezetésével lehetővé vált az olyan betegek gyógyítása, akik családi vagy anyagi helyzetük miatt nem tudtak szanatóriumba vagy kórházba menni, gyakran még az első töltés elvégzésére sem.

Nem elégedtek meg már a gondozók az önként jelentkezők és ezek családtagjainak a vizsgálatával és ellátásával, keresték a betegek aktív felkutatásának hatékony módszerét. Előbb tuberkulin próbát alkalmaztak az iskolás gyermekek-nél, később ehhez a pozitívan reagálók röntgenátvilágítása kapcsolódott. 1935-ben számolt be az újpest-rákospalotai gondozó az első tömeges röntgenátvilágításról. Több mint 10 000 személyt — elsősorban tanulókat — vizsgáltak meg. A harmincas évek végére a sorozat-röntgenátvilágítás vált a szűrővizsgálatok elfogadott eszközévé.

A tömeges szűrővizsgálatok optimális módszere — az ernyőfényképezés — a negyvenes évek elején, nemzetközi viszonylatban korán jelent meg nálunk. Az első, erre alkalmas berendezés a MABI tulajdonában volt, és ott végezték az első nagyobb szabású ernyőfénykép-szűrővizsgálatot 1941–43-ban.

A húszas évek közepén *Korányi Sándor* szó-lalt fel elsőként a BCG oltás alkalmazása mellett, de csak kb. tíz év múlva kapott lendületet az immunizálás ügye. Természetesen nem országos akció formájában; egyes gondozók — pl. a szegedi — és az OKI kisebb körzetekben oltották be a csecsemőket, ill. esetenként a tuberkulin negatív gyermekeket azzal a céllal, hogy adatokat nyerjenek az oltás eredményeiről.

A tuberkulózis terén végzett kutatás előmozdítására és a gyógyításban szerzett tapasztalatok elterjesztésére alakult 1912-ben a Magyar Orvosok Tuberkulózis Egyesülete. A MOTE történetéhez szinte elválaszthatatlanul hozzátartozik a *Korányi* neve. Az egyesület létrehozásának gondolatát *Korányi Frigyes* vetette fel, s fennállásának csaknem teljes ideje alatt *Korányi Sándor* volt az elnöke. 1929-ben alakult meg a Magyar Tüdőbeteg-gondozó és Gyógyintézeti Orvosok Egyesülete, amelynek szükségességét az indokolta, hogy a gondozó orvosok munkája egészen más jellegű volt, mint a szanatóriumi, kórházi orvosoké, s a tuberkulózis problémáját más-más szemszögből látták.

Nem sokkal a legnagyobb múltú külföldi szaklapok megindulása után, 1903-ban jelent meg a *Tuberkulózis* c. folyóirat első évfolyama, s a tbc elleni küzdelem nyilvános fóruma maradt — kisebb-nagyobb átalakulásokkal — egészen 1944-ig.

Az áttekintett kb. fél évszázadnyi korszakban a tbc elleni küzdelem jellegét döntően az határozta meg, hogy az állam nem tekintette saját feladatának a tbc felszámolását. Világosan fogalmazta meg ezt az álláspontot a népjóléti és munkaügyi miniszter 1924. évi rendelete, amely a „Tuberkulózis elleni küzdelem országos bizottságá-

nak újjászervezésével foglalkozott. „Mindenütt a társadalom feladata, hogy saját érdekeit megfelelő szervezkedéssel maga védje meg és mozgítsa elő, így a tuberkulózis elleni védekezést is... a közhatóság támogatásával ugyan, de magának a társadalomnak kell megszerveznie és folytatnia. Az állam feladata csak a tudományos irányításban, az alkalmas védekezési módok megjelölésében s a célt szolgáló társadalmi egyesületek és intézmények erkölcsi támogatásában áll, amely támogatást a kormány a lehetőségekhez képest bizonyos anyagi segítséggel tehet nyomósabbá” — szögezte le a rendelet.

A tuberkulózis elleni küzdelem egységes vezetése céljából 1911-ben jött létre a „Tuberkulózis elleni küzdelem országos bizottsága”, s az idézett rendelet az I. világháborút követő néhány éves szünet után hívta azt új életre. Alig több mint egy évtizeddel az 1924-es rendelet után már nyilvánvaló volt, hogy több állami irányításra, támogatásra van szükség. A bizottságot megszüntették 1936-ban és a belügyminisztériumban dolgozó tbc-szakreferens vezetésével országosan felmérték a gondozók helyzetét. Intézkedések történtek annak érdekében, hogy egységessé tegyék a gondozói kartotékrendszert és a gondozói munka szakmai színvonalát.

Az 1940-ben megjelent belügyminiszteri rendelet előírta a tbc-s betegek kötelező bejelentését s ezzel szélesebb körűvé tette az 1912. évi BM rendeletet a csak „nyílt vagyis súlyos tuberkulózisban szenvedő betegek kötelező bejelentéséről”. Elrendelte a belügyminisztérium a gyermekek kötelező szűrővizsgálatát meghatározott életévekben, valamint óvodába, napközi otthonba történő felvételkor. Különböző foglalkozásokban (szülésznők, tan-személyzet, élelmiszeripari és kereskedelmi dolgozók) 3 évenkénti kötelező ellenőrző vizsgálatot írt elő a rendelet. A tüdőgondozók elsődleges feladatának jelölte meg a „fertőző források felkutatását s evégből ellenőrző- és szűrővizsgálatok elvégzését”. A gondozókon kívül részletesen foglalkozott a tüdőbetegotthonokkal, a tbc-orvosok és -védőnők szakképzésével és munkakörével, valamint a betegbiztosítás kérdésével.

A negyvenes évek első felére Magyarországon a tbc-halálozás a századelejeknél kevesebb mint a felére — 14—15 tízezerre csökkent. De Európában ez a halálozási arányszám a legmagasabbak közé tartozott változatlanul.

A tbc gyógyításának eszköztára már sokkal gazdagabb volt mint a századforduló idején, de hiányzott a legfontosabb: a specifikus gyógyszer. A Waksman által felfedezett sztreptomycin 1944-ben „új kor nyitánya” volt a tbc terápiájában.

Számos eredményt értünk el a tbc elleni országos méretű küzdelem, a megelőzés, a betegfelkutatás terén. Kevés volt azonban a gyógyintézeti ág és a gondozó, s a meglevők sem képeztek erős, egységes, államilag irányított és fenntartott hálózatot. A felszabadulás után újjászervezett egészségügyre várt a feladat, hogy pótolja a hiányokat és kialakítsa a tbc elleni küzdelem országos hálózatát.

S. Nagy Yvette—V. Szeewald Judit

Santorio Santorio

A XVII. század természettudományos gondolkodására erősen rányomta bélyegét Galileo Galilei (1564—1643) megjelenése. Tulajdonképpen ő volt az első kutató, aki modern, kísérleti alapon művelte a természettudományokat. A kísérleti módszer ideológiai alapját Francis Bacon (1561—1626) teremtette meg. A természetkutatás korszerű módszerét, az indukciót, ő fogalmazta meg a legtökéletesebben. Lényege, hogy az empirikus tudományokban nem elégséges a tények felsorolása, hanem az „interpretatio naturae”-ra kell törekedni, mégpedig úgy, hogy a kutató önként ne tegyen hozzá semmit a tényekhez. Ezért a tökéletes kutatásnak a kételkedésből kell kiindulni. A tapasztalat, ha magától jön: véletlen, ha keressük: kísérlet. A tapasztalattól tudomány csak a tények okainak felismerésével lesz, az okok felderítése azonban csak indukciónal lehetséges, amely az egyesekből kiindulva vonja le az általános törvényeket. A különböző feltételek mellett létrejövő azonos jelenségek a pozitív instanciák, az azonos feltételek mellett létrejövő különböző jelenségek a negatív instanciák. A tényekből szabályt csak akkor szabad fogalmazni, ha nem szólnak ellene negatívumok. A kutatás minden fázisában negatív instanciákat kell keresni, ez teszi a kísérletet kritikai alapon állóvá.

A XVII. században kezdődött meg az a folyamat, amely azután létrehozta az orvostudomány és a természettudomány egyéb ágai közötti kapcsolatot. Különösen a fizika és a kémia indult nagy fejlődésnek. A fizikusok és kémikusok az esetek többségében orvosok is voltak, akik a fizika és a kémia területén elért eredményeiket igyekeztek a



Santorio Santorio

gyógyászatban kamatoztatni. A kísérletezések befolyásolták szemléletüket, ez orvosi tevékenységük irányát is megszabta. Ilyen módon alakult ki a század két jellemző orvosi irányzata a iatrokémia és a iatrofizika.

Az 1600-as években az orvosi műszerek készítése is új lendületet kapott, amely szintén a természettudományok, elsősorban a fizika haladásával állt kapcsolatban. Az eddig elterjedt vizsgálati módszerek: a vizelet és pulzusvizsgálat, a hosszas kikerdezés, majd az ezután következő bonyolult fejtegetések lényegében csak a teljes szubjektivitáson alapuló mesterkedések voltak a pontos diagnózis felállítására. Ezek, mint a betegség kiderítését szolgáló régi metódusok, továbbra is megmaradtak, de már biztonságot jelentően segítséget nyújtottak a műszerek is. A kísérletező orvosok nem alaptalanul remélték, hogy a műszerek bevezetésével forradalmasíthatják az orvostudomány klinikai ágait.

Ha ezeket az új irányzatokat figyelembe vesszük, méltán nevezik az orvostörténészek a XVII. századot az orvostudomány újjászületése idejeként.

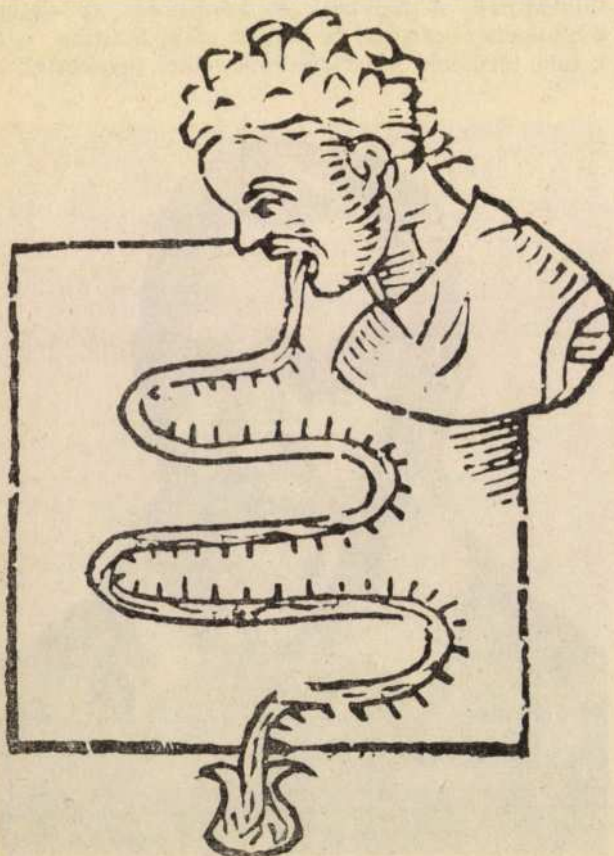
Az orvosi újtóhullám kivételes tehetségű egyénisége volt *Santorio Santorio*. 1561. március 29-én született Capo-d'Istrián. A padovai egyetemen végezte tanulmányait, itt szerezte meg doktorátusát is 1582-ben. Mint gyakorló orvos Velencében kezdett dolgozni. 1587-ben *Zsigmond* király meghívására Lengyelországba utazott, ahol több évet töltött. Igen nagy elismerést vívott ki magának. Egyes feljegyzések szerint Magyarországra és Horvátor-

szágba is elhívták konzultációkra. 1611-ben már ismét Velencében praktizált, ezzel egy időben a padovai egyetemen tanított. 1624-ben nevezték ki az elméleti orvoslás professzorává. Élete végén visszatért Velencébe, itt halt meg 1636. február 24-én.

Életművének legfontosabb területei az orvosi statika és az anyagcsere-kutatás megalapozása, valamint az orvosi műszerek szerkesztése volt. Híres kísérletét, amellyel a iatrofizika létrehozója lett, az anyagcsere törvényszerűségeinek tanulmányozására végezte. Egy hatalmas mérleget szerkesztett, amelyről a kísérletek ideje alatt el sem mozgott, itt dolgozott, evett, aludt. Fizikai mérésekkel akarta a szervezet működését nyomon követni. Pontosan megfigyelte az elfogyasztott táplálék és a kiürített salakanyagok súlyarányait. Azt a végkövetkeztetést vonta le, hogy az elfogyasztott táplálék nagyobb súlyú, mint a salakanyagok, még akkor is, ha a testsúly változatlan marad. Az emésztésben csak a táplálék mechanikai felörlődését látta meg, a légzést csak mellkasmozgásnak, a testhőt a vér részecskéinek egymásközi súrlódásának vélte. Feltételezte, hogy az elfogyasztott táplálék és a salakanyagok súlykülönbsége láthatatlan párolgás (*perspiratio insensibilis*) formájában a bőrön és tüdön keresztül távozik. Az ébrenlét és álm alatt különbözőképpen határozta meg ezt a kipárolgást. Erősebbé válik a *perspiratio insensibilis* száraz és hideg időben, vagy ha az ember több munkát és mozgást végez, de a lelki tényezők sem hanyagolhatók el: az öröm, a nevetés stb. — vallotta. Akkor egészséges a test, ha a fiziko-mechanikai jelenségek akadálytalanul folyhatnak le, ellenkező esetben — főleg ha a láthatatlan kipárolgás megakad — megbetegszik a szervezet. Ezért a hasznos terápiának az erős izzasztást tartotta. A *perspiratio insensibilis* — mint ismeretes — létező fiziológiai folyamat, a láthatatlan párolgztatás a hőszabályozás fontos tényezője.

Méréseit és kísérleteit a mérlegen — megszakításokkal — harminc évig végezte. Kétségtelen, hogy a mai kutatók hibákat találnak a mérési eredményekben. *Santorio* érdeme azonban így sem vitatható, hiszen ő hívta fel a figyelmet az anyagcsere törvényszerűségeire és jelentőségére. A mérések tanulságait összefoglaló művét Velencében adta ki először latinul 1614-ben „*Ars de statica medicina aphorismorum sectionibus septem comprehensa*” címmel. Népszerűségét mi sem bizonyítja jobban mint az, hogy 1726-ig 26 kiadást ért meg a könyv Európa különböző városaiban, a latinon kívül olaszul, franciául, angolul és németül.

Sok érdekes műszert szerkesztett. Elsőként talán testhőmérőjét említsük meg. Bár a szerkezet kétségtelen hasonlóságot mutat a *Galilei* kísérleteiből ismert konstrukciókkal, *Arturo Castiglioni* az eredeti dokumentumok alapján mégis azt állapítja meg, hogy a testhőmérőt *Santorio* készítette és mindenképpen ő volt az első, aki a klinikai vizsgálatokban használta. A műszer korántsem emlékeztet a manapság használatos hőmérők egyikére sem. Egy üvegedényből és egy kanyargós üvegcsőből állt, amely a felső végén zárt üveggömbben végződött. Az edényt festett vízzel töltötte meg,



majd a belehelyezett üvegcső felső végén levő üveggömböt a beteg szájába adta, aki leheletével felmelegítette az üveggömböt és közvetve a benne levő levegőt. Az ilyen módon felmelegített levegő hőmérsékletétől függően töltötte ki az üvegcsövet, ha a hőmérséklet magas volt, térfogata erősen kiterjedt és kiszorította a csőből a vizet, illetőleg igen alacsony szintre nyomta. Ha alacsonyabb volt a levegő hőmérséklete — térfogata is kisebb lett —, akkor a víz szintje feljebb emelkedhetett a csőben.

Később *Torricelli* ennek alapján hozta létre a levegőhőmérőjét, majd az *Accademia del Cimento* munkatársai a testhőmérőnek egy fejlettebb formáját, amely már a bőrön mérte a hőmérsékletet.

Santorio pulzusmérője, amellyel a pulzus szaporaságát határozta meg, *Galilei* ingakísérletein alapult. Ennek megalkotása a gyógyászatban nagy haladást jelentett. Eddig ugyanis — általában — megelégedtek a pulzus minőségének vizsgálatával, *Santorio* azonban fontosnak tartotta a pulzusszám meghatározását is. Ez azonban csak valamilyen óra vagy egyéb mérőeszköz segítségével történhetett. *Santorio* sphygmometere egy egyszerű inga volt, egy fonal végén függő ólomgolyó. A fonal rövidítésével vagy hosszabbításával hozta az ingát szinkronba a pulzus ritmusával. Minél hosszabb fonalon függött az ólomgolyó, annál lassúbb és ritkább mozgást végzett, minél rövidebb volt a zsinór, annál sűrűbb és gyorsabb mozgást mutatott — az ingamozgás szabályai szerint. Az inga mögött elhelyezett, mértékegységszerűen beosztott skálán olvasta le *Santorio* az értéket.

Bár *Santorio* szemléletét illetően *Galilei* követője volt, amikor nyilvánosságra hozta testhőmérőjét és pulzusmérőjét, *Galilei* részéről élénk ellenállásba ütközött. Anélkül, hogy a vitát el akarván dönteni, amely minden bizonnyal a prioritás miatt dült kettőjük között, az kétségtelen, hogy az orvosi gyakorlatban alkalmazásra kerülő műszereket *Santorio* szerkesztette és vezette be.

Nevéhez fűződik még egy hygroskop, egy sebesültek részére készült ún. vízágy, egy hólyagkötő és egy speciális méhtükör létrehozása.

A kísérletező és felfedező tudós képe után villantsuk fel a gyógyító, emberi szenvedéseket enyhítő orvos portréját, hiszen az elméleti munka sosem választotta el *Santoriót* a betegektől. Az általános belgyógyászati tevékenységén kívül sebészeti működése is ismert volt. Sok hólyagkőűzést és hasvízlecsapolást végzett. Az utóbbi módszerét egyre tökéletesítette.

1629—31 között pestisjárvány ütötte fel a fejét Itáliában, amely nagy megpróbáltatások elé állította a lakosságot, de mindenekelőtt az orvosokat. *Santorio* is éjt nappallá téve küzdött a kór megfékezéséért. Velencében őt nevezték ki vezető főorvossá, így az egész szervező munka rá hárult; a betegek és a betegsége gyanúsak elkülönítése, a meghaltak minél előbb történő eltemetése és az a reménytelennek látszó próbálkozás is, hogy a még egészségeseket megóvják a fertőzéstől. Ez nagy feladatot rótt nemcsak az orvosokra, hanem az állami és egyházi szervekre is, hiszen rájuk várt az, hogy úrrá legyenek a lakosság pánikszerű félmén és megpróbálják eloszlatni a tudatlanság-

ban gyökeredző babonákat és rémhíreket, amelyek csak nehezítették az amúgy is tragikus helyzetet.

A járvány leghitelesebb krónikáját *Alessandro Manzoni* (1785—1873) az olasz romantikus irodalom kiemelkedő egyénisége írta meg „*Promessi sposi*” c. XVII. században játszódó történelmi regényében. Eredeti dokumentumok alapján számolt be a járvány terjedéséről és az ellene folytatott tevékenységről. A nép között a mai ember számára képtelennek tűnő híresztelések keltek lábra. Azt sugtatták, hogy ördögös emberek vannak a városban, az „*untori*”-k, akik bűvös kenőcseikkel terjesztik a járványt. Voltak, akik „biztos forrásból tudták”, sőt „saját szemükkel látták”, hogy maga az ördög bérrel házat a város központjában és ott készíti rontó erejű kenőcseit. Némelyek nem hitték el ezeket a babonákat, a többséget azonban magával ragadta a tömegpszichózis. Súlyosbította a helyzetet, hogy köztisztviselőben álló személyiségek mint például *Borromeo* kardinális is részt vettek az „*untorik*” felkutatásában. A vádlottakat a legváltozatosabb kínzások alá vetették és ha nem vallották be „bűnüket”, kegyetlen eszközökkel végezték ki őket — a középkor igen „találékony” volt ilyen téren. A rémület, amelyet az elmúlt járványok tapasztalatai támasztottak alá, olyan méreteket öltött, hogy az elszabadult szenvedélyek megnyilvánulásaként ez minden eddigi boszorkányüldözést és inkvizíciót túlszárnyaló vérengzéseket eredményezett.

A betegségtől való félelem nem volt alaptalan, hiszen 1630-ban Milánóban 86 000, a velencei állam területén 500 000 ember esett áldozatul a pestisnek.

Végezetül tekintsük át *Santorio* *Santorio* nyomtatásban megjelent műveit. A legjelentősebből — *Ars de statica medicina*... — már szóltunk. Ezenkívül ismertek *Galenos*, *Avicenna* és *Hippokratész* műveihez írott kommentárjai: „*Commentaria in artem medicinalem Galeni*” — Velence 1612, 1630; Lyon 1632; „*Commentaria in I. fasc. I. libri Canonis Avicennae*” — Bécs 1626, 1646; „*Commentaria in primam sectionem aphorismorum Hippokratidis*” — Velence 1629, 1660. Az orvosi tévedésekről szól a „*Methodus vitandorum errorum omnium qui arte medica contingunt*” — Velence 1602, 1603, 1630; Genf 1631. Kevésbé ismert a „*Liber de remedium inventionem*” című munkája, Velencében 1629-ben, Genfben 1631-ben és 1660-ban jelent meg. Összes művei kiadására Velencében 1660-ban, négykötetes terjedelemben került sor.

Kapronczay Katalin

Bókay Árpád

A Bókay névnek annyira gyermekgyógyász csengetése van, hogy a farmakológus Bókay Árpádé az id. Bókai Jánoséhoz (apja), az ifj. Bókay Jánoséhoz (testvéröccse) és a Bókay Zoltánéhoz (fia) képest eretnekül hangzik. Sajnos másban is. Míg amazoknál a tudós és az ember egymást kiegészítő összhangja zavartalan, addig az övé disszonáns. A Tanácsköztársaság vízvázlatzó idején tanári jogát

felfüggesztették, annak bukása után káros szerepet vállalt. Pedig annak előtte mindig haladónak számított. Ez a kénytelen-kényelmetlen, de kötelező kérdőjel természetesen nem vonatkozhat tudományos értékeire.

A szeppességi cipszer származású friss diplomás *Bock János* doktor a 48/49-es szabadságharc idején azzal vette át a honvédsereget orvosként szolgáló *Schoepf-Merei* tanártól a pesti szegény-gyermek-kórház vezetését, hogy fegyvernyugvás után folytatják közös munkájukat a magyar gyermekgyógyászat megteremtéséért. *Bock* segédorvos Budavár bevétele napján hazafias lelkesedésből nevét *Bókaira* változtatta, s hiába tartotta azt törvénytelennek Világos után a helytartótanácsi hivatal, ő visszavonhatatlanul kitartott mellette. Írják az idősebbét is *Bókaynak*, de tévesen. *Petőfi* nemzedéke csak i-re magyarosított, sőt *Jókai* az őt y-t hagyta el érte. Az elképzelt eredményes fegyvernyugvásból sajnos méltánytalan fegyverletétel lett, *Schoepf-Merei* tanár megaláztatás helyett az önkéntes száműzetést választotta. Útjaik ezzel örökre szétágaztak. *Bókai János* itthon fokozatosan kiérdemelte a vezető gyermekgyógyász rangot, utóda lett *Schoepf-Merei* tanárnak és előde a *Bókay* dinasztiának.

Árpád fia 1856. augusztus 15-én született, *János* két esztendővel később. Életük párhuzamosan is eltérő, jelen esetben a kevésbé ismert diszharmonikus idősebb rövid vázolására vállalkozunk.

Már középiskolás korában különös vonzalmat tanúsított a kémiai képletek iránt, így a pályaválasztáshoz aligha járult atyai unszolás. Medikusként előbb *Korányi* klinikai gyakornoka, majd *Balogh Kálmán* feltűnő tehetségű tanítványa. A záró szemesztereket Strassburg orvoskarán végezte, a nagy névsor: *Recklinghausen*, *Hoppe-Seyler*, *Kussmaul* és *Lücke* voltak a tanárai. Az elszászi német-francia egyetemen 1879-ben szerzett orvosi diplomát, hazajövele után mindjárt besorolódott a kutatói élvonalba. A külföldre nemigen járó *Balogh Kálmán*nak ő lett a „külföldi referense”, és első számú szerkesztői szaksegítség. Munkatársa volt a *Balogh-féle Orvosi Műszótárnak*, helyettes főmunkatársa az *Orvosi Hetilapnak* és társszerkesztője a *Schwartzner Ottó-féle Orvosi Szemlének*. „A központi idegrendszer befolyása az állati test hőmérsékletére” c. dolgozatát 1881-ben *Balassa-díjjal* jutalmazták.

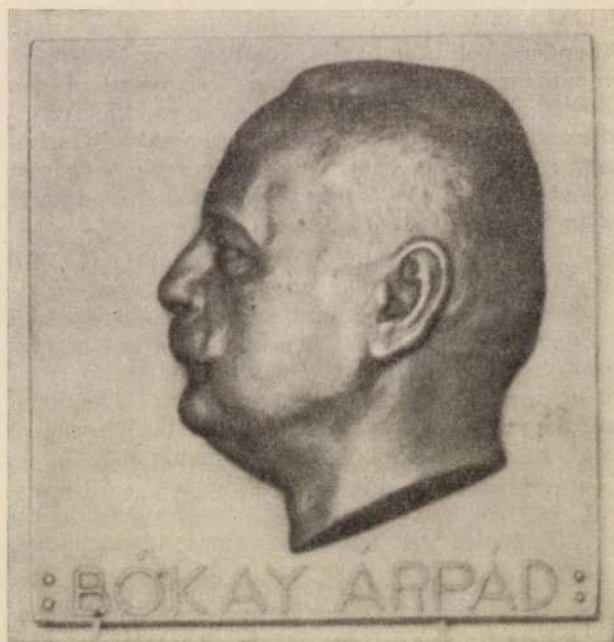
Az elmélet-klinikum kettős hangoltságából 1881-ben az utóbbi adta a vezérszólamot. *Korányi* Üllői úti új klinikájára kapott előbb másod, majd első tanársegédi kinevezést. A nagy belgyógyász nagyon kedvelte őt, 1882-ben a közép-európai oktatást tanulmányozó körútra küldte a karral. Hazatérése után a belgyógyászati diagnosztika tárgyköréből magántanárrá habilitálták. A fiatal klinikus életében váratlan fordulatot hozott az 1883-as esztendő. *Balogh Kálmán* tanszékéről levált az általános kórtan, vezetésével a Kolozsvárról visszatért kiváló *Högyes Endrét* bízták meg. Annak megüresedett helyére a huszonehét éves *Bókay Árpádot* hívták meg, aki klinikus létére komoly elméleti műttal rendelkezett. Magyar és német nyelven közleményei jelentek meg a nuklein és a leci-

tin emészthetőségéről, a nuklein előfordulásáról, a conchinium sulfuricumnak a váltóláznál történő alkalmazásáról, a liquor arsenici bromati antidiabetikus hatásáról.

Az imponáló lehetőséggel természetesen élt, útját *Korányi* megértőleg egyengette. Kolozsvári ki-nevezése után megválasztották az Orvosi Könyvkiadó Társulat vidéki igazgatósági tagjává. Az Erdélyi Múzeum Egylet orvos-természettudományi értesítőjében (amelynek orvosi szakjegyzője volt) klinikai dolgozatokat is közölt, például: „A szív-burok-lemezek összenövésének két érdekes esetéről”. Az eseteket még Pesten észlelte, előadásában nagy felkészültség és egy kis klinikusi nosztalgia érezhető. A legtöbbet azonban a bélmozgások élet-és kórtanával foglalkozott. Kísérleti állatokon vizsgálták a tejsav, a hangyasav, a propionsav, a capronsav, továbbá a kénhidrogén és metángáz, valamint a testhőmérséklet emelkedésének a bélmotorikát fokozó hatását. Legfontosabb felismerése a paraldehyd antidotikus szerepére vonatkozott, a sztrichnin, a brucin, a tebain, a pikrotoxin, a klórbárium mérgezéseknél. Vizsgálta az antifebrin hatásmechanizmusát, klór-káli mérgezéseknél a met-haemoglobin képződést, az epefestékek bélmozgást fokozó szerepét, írt az ólomkólikáról. *Balogh Kálmán* nagyformátumú farmakológiai munkásságát folytatta.

Közben figyelme ismét a klinikum felé terelődött. *Wagner János* I. sz. Belgyógyászata 1887-ben megürült, *Bókay Árpád* pályázatát (hiszen a belgyógyászatból is magántanár volt) *Korányi Frigyes* külön beadványban támogatta. A kar azonban *Kétli Károlyt* nevezte ki. *Wagner* halála után 1888-ban *Balogh Kálmán* hiányát kellett pótolni, így 1890-ben *Bókay Árpád* már Pesten adta elő a gyógyszeriant.

Termékeny szakirodalmi évek következtek; 1892–97 között *Klug Nándor* és *Pertik Ottó*, 1898/99-ben *Pertik Ottó* közreműködésével a reprezentatív Magyar Orvosi Archivum szerkesztője, az



1893—1895 között megjelent Ungarisches Archiv für Medizin változatának Goldzieher Vilmos volt a társszerkesztője. A hazai és külföldi fürdők, ásványvizek összehasonlításáról írott dolgozatai a Balneológiai Egyesület Évkönyvében jelentek meg. A balneológiát Dalmady Zoltán előtt ő adta elő. Népszerű volt a több kiadást megért négykötetes vénygyűjteménye. A Kétféle Károly és Korányi Frigyes társaságában szerkesztett hatkötetes belgyógyászati kézikönyv II. kötetébe Bókay Árpád írta a „Gyakorlatilag fontosabb mérgezések” c. fejezetet. A nagy Pallas Lexikon orvosi címszavai alatt gyakran olvasható a névrövidítése.

A millennium évében gyermekgyógyász öcsével nemességet, egyben jogot kaptak az y végződés viselésére. Noha ő maga nemigen művelte, többször tett javaslatot egy orvostörténeti tanszék felállítására.

A toxikohistologia kedvenc területe volt. A nehézfémeknek a harántcsikolt izmokra kifejtett hatásáról tartott akadémiai székfoglalóját 1897-ben tartotta. Utánvizsgáló megállapítása szerint a réz, a vas, a cink és a kadmium csökkenti az izmok direkt ingerlékenységét, a funkciózavart szöveti elváltozás követi, a harántcsík szemcsékre esik szét, az izom struktúra nélkülivé válik. Az 1907. évi Markuszovszky-féle jubiláris előadások keretében hat összefoglaló dolgozata jelent meg. Foglalkozott az atomsúly, a vegyérték, az izomeria, a kémiai struktúra megváltozása és a kvalitatív-quantitatív gyógyszerhatás közötti összefüggésekkel. Második előadása a sejten belüli oxidációt, a fermentek, a nukleoproteidok és a vas oxidációs szerepét, a gyógyszereknek a szervezetbeni oxidációját (a formaldehid hangyasavvá, az arzénessav arzénsavvá) ismertette. Vázolta a kaliforniai Jacques Loeb alapkísérleteit. Harmadik előadása különösen Abderhalden és Vámosy vizsgálatai alapján az organodepositio definitiójával, a haemoglobin felépítésével, a réz, a kalcium és az alkaloidok szervezeten belüli megkötődésével-lerakódásával foglalkozik. Ehrlich vitális szövetfestései segítségével a sejtek gyógyszerselektív képességére hívta fel a figyelmet. A bázisos narkotikumok hatásmechanizmusát Mansfeld Géza tanársegéd vizsgálatai alapján adta elő. A formanilid helyi érzéstelenítő hatását intézetében Kossa Gyula fedezte fel. Ismertebb munkatársai-tanítványai: Kossa (később Magyar Kossa) Gyula, Vámosy Zoltán, Irsai Arthur, Hirschler Ágost, Vas Bernát.

Bókay Árpád fontos szerepet játszott az orvoskar életében. Az 1907. évi kari ülésen a természetrajzi tárgyak helyett az általános biológia oktatásának bevezetését indítványozta. Nem volt elégedett a középiskolák természettudományos nevelésével, s annak alkalmasint hangot is adott. Az 1913/14-es tanévben a gyógyszerismeret önálló tárgy lett, előadására Vámosy Zoltánt kérték fel.

Bókay Árpád a Tanácsköztársaság kikiáltásáig a magyarországi szabadkőműves páholyok nagymestere volt. Réti Endre őt (főleg az 1912-es Ssemmelweis-emlékbeszéde alapján) a darwinista orvosaink közé sorolta. A vesztes háború végén és győztes forradalom elején Bókay Árpád a tanári kar jobbszárnyára sodródott, a közoktatásügyi népbiz-

tosság ezért az előadásoktól eltiltotta. (L. Vörös László: Adatok a Horthy-korszak egyetemi orvoskarainak társadalomszemléletéről és társadalmi meghatározottságáról. Communicationes... 37. sz.) A Tanácsköztársaság bukása után Bókay Árpád elnöksége alatt egy háromtagú bizottság erősen támogatta a baloldali tanárokat, az exponens magántanárok (Madzsar, Péterfi Tibor) előadói jogát felfüggesztették. Azt követően elkezdődtek a kari tisztogatások. Mindezekért Bársony János és Hoór Károly mellett Bókay Árpád is felelős. Az árnak csak a kezdő hullámát érte meg, 1919. október 20-án váratlanul elhunyt. Meghasonlása miatt a közvélemény szuicidiumra gyanakodott, valójában a prostata-operációja után teljesedett be rajta a szomorú sebész aforizma: „a műtét sikerült, de a beteg nem élte túl”.

Szállási Árpád

Alexander Béla, a röntgenológia első magyar oktatója

„Az X — Röntgen — sugarak nem rajzolhatnak mást, mint igaz dolgot és szemünknek meg kell tanulni ezen igazság felismerését... Amint szükséges, hogy az igazságos ítékezés helyes alaptól induljon, éppúgy szükséges, hogy az X — Röntgen — sugaras képek olvasása is helyes alaptól induljon; csak akkor fogjuk elérni az adott felvilágosítás minden körülmények között fennálló biztonságát, el fogjuk érni az ellentmondások helyes útra való terelését és a helyes megoldást” — írja önvalómászerű munkájában, amely 1912-ben „Hibák és tévedések” címmel jelent meg Alexander Béla, a budapesti tudományegyetem Központi Röntgenintézetének megalapítója, a magyar radiológia első oktatója.

Alexander Béla 1857-ben Késmárkon született. Tanulmányait a budapesti tudományegyetemen végezte. Pertik Ottó kórboncnok professzor kiváló tanítványa, patológusként sajátítja el azokat a fejlődéstani, bonctani ismereteket, amelyek később mint röntgenmorfológust világhírűvé teszik. Röntgen felfedezésének ismertté válása a Késmárkon gyakorlatot folytató orvost fausztai kettős életre készíti. Nappal a betegeit gyógyítja jónevű általános orvosként, éjjel pedig — még családját is vizsgálati alanyként kutatásaiba bevonna — igyekszik feltárni a röntgensugarak mind nagyobb perspektívát nyitó világát. És megtörténik a szokatlan és szinte egyedülálló meglepetés: a Német Röntgentársaság javaslatára a nemzetközi elismerést szerzett tudós radiológust 1907-ben megbízzák a Budapesti Tudományegyetem Központi Röntgenintézetének vezetésével, 1908-ban egyetemi magántanárrá képesítik. 1912-ben a Poliklinikáról (ahol kezdetben az intézetet elhelyezték) az orvoskar központi épületébe helyezik át a Központi Röntgenintézetet, majd később egyetemi rendkívüli tanári címre terjesztik fel a neves tudóst, aki azon-

ban ezt a kitüntetést már nem éri meg, 1916-ban elhunyt.

Alexander Bélának vidéki orvosként végzett röntgenológiai tevékenységét Zétény Győző, Zsebők Zoltán és a magam közleményei alapján ismertnek tekinthetjük, de kevésbé ismert budapesti tanári tevékenysége, itt végzett kutató munkája, tudományszervező feladatköre és az általa megteremtett radiológus iskola.

Alexander Béla, bár az Egyetem Központi Röntgenintézet tanárának megtisztelő címét viselte, ténylegesen a Poliklinikának volt röntgenfőorvosa 1907–1912 között. Fejlődéstani röntgenmorfológiai kutatásainak folytathatására lehetősége nem nyílt. Munkásságában nagyon is magára maradt és a saját röntgenlaboratóriummal rendelkező klinikák beteganyagának vizsgálatára alig nyílt alkalma. Munkássága sok tekintetben beszűkült. Az általa felfedezett plasztikus — ma reliefszerűként megjelölt — felvételi eljárással igyekezett az emberi testben az idegentesteket lokalizálni. Az általa javasolt plasztikus eljárás körülményessége és időt rabló volta a szellemes eljárás bevezetését azonban megakadályozta.

A csontgümőkör röntgendiagnosztikája területén igyekezett alkalmazni kimagasló csontpatológiai ismereteit és a szegény betegeket ellátó Poliklinika röntgenlaboratóriumában a tüdő röntgendiagnosztikája terén az első fontos meghatározó lépéseket tette meg.

Budapesti tevékenységének körében valóban jelentős az urológiai röntgendiagnosztikai munkássága volt. A legszebb vesefelvételeket ő készítette. A reliefszerű képek a vese finomabb szerkezetét igen didaktikusan tüntették fel. A kompressziós tubus mesteri alkalmazásával, a kollargóllal történő urológiai röntgenvizsgálatok rendszeressé tételével a hazai urológiai röntgendiagnosztikát nagymértékben fejlesztette.

Minthogy halála után csupán évekkel jelent meg a Hermann Rieder szerkesztésében kiadott terjedelmes röntgenológiai kézikönyv, viszonylag kevesen tudják, hogy Alexander Bélának a röntgensugarak biológiai hatásáról írott referátuma volt az első tankönyvszerű sugárbiológiai összefoglalás a német nyelvterületen.

Alexander Béla jó pedagógus és kitűnő előadó volt. Az ő kezdeményezésére indultak meg a röntgenológiai klinikai-patológiai konferenciák hazánkban. A röntgenológiai hibákat és tévedéseket kellő érzékkel ő igyekezett elsőként tudományos módszerrel feltárni és a röntgenfizika, morfológia és klinikum elengedhetetlen egységét megteremteti.

A Központi Röntgenintézetben nagyon is magára hagyva végezte tudományos és gyakorlati tevékenységét. Segédorvosok, röntgenasszisztensek alig voltak és csak kevés tanítványát ismerjük név szerint is. Közvetlen munkatársai közül Nobel Jakab az első világháborúban elesett, Bánya János sorsáról semmit sem sikerült megtudnunk. Horváth Ferenc az első világháborút követően Amerikába vándorolt ki és ott lett neves röntgenorvos. Raksányi Imre Szentesen dolgozott és Révész Vidor neves szanatóriumok röntgenfőorvosaként a chole-

cystographiát hazánkban bevezette és a röntgenvizsgálati technika fejlesztésében játszott neves szerepet. Szabó Incze sebészfőorvosként értékesítette Alexander mellett szerzett alapos röntgenismereteit és végül Turtsányi Ede Vilmos vidéken volt főorvos.

Bugyi Balázs dr.

Elhalálozások

Balogh Ádám dr. (szül. 1904), a tatai Városi Kórház nyugdíjas igazgatója 1975. október 4-én;

Besenyő Tibor dr. (szül. 1949) körzeti orvos Lőrinciben 1975. augusztus 3-án;

Bézy László dr. (szül. 1907) nyugdíjas körzeti orvos Budapesten 1975. szeptember 17-én;

Bordás Béla dr. (szül. 1896) nyugdíjas körzeti orvos Jászárokszálláson 1975. október 21-én;

Dittler Jolán (szül. 1897) a budapesti MÁV Kórház-Rendelőintézet nyugdíjas nőgyógyász szakorvosa 1975. december 6-án;

Dobák Géza dr. (szül. 1899) a budapesti I. ker. Rendelőintézet nyugdíjas röntgen szakfőorvosa 1975. november 24-én;

Erdélyi László dr. (szül. 1893) nyugdíjas körzeti orvos Gyöngyösön 1975. szeptember 19-én;

Eszes Ferenc dr. (szül. 1900) nyugdíjas rendelőintézeti sebész szakorvos Budapesten 1975. augusztus 8-án;

Gallé Tibor dr. (szül. 1910) a budapesti III. ker. Rendelőintézet röntgen szakfőorvosa 1975. október 26-án;

Grósz Róza dr. (szül. 1897) nyugdíjas orvos Budapesten 1975. novemberben;

Györgyi Géza dr. (szül. 1900), a budapesti XVIII. ker. Rendelőintézet röntgen szakorvosa 1975. augusztus 30-án;

Hajnal Pál dr. (szül. 1924) rokkant nyugdíjas, a kecskeméti Megyei Rendelőintézet nőgyógyász szakorvosa 1975. október 10-én;

Hegedűs Lajos dr. (szül. 1899), a budapesti István Kórház nyugdíjas laboratóriumi főorvosa 1975. szeptember 28-án;

Katona Tibor dr. (szül. 1900), a budapesti MÁV Kórház-Rendelőintézet nyugdíjas igazgató helyettese 1975. szeptember 11-én;

Kertész Béla dr. (szül. 1884) nyugdíjas körzeti orvos Szegeden 1975. szeptember 30-án;

Kiss Emil dr. (szül. 1901) a Salgótarjáni MÁV Rendelőintézet nyugdíjas fogszakorvosa 1975. november 14-én;

Kováts Béla Károly dr. (szül. 1906) nyugdíjas rendelőintézeti felülvizsgáló főorvos Szegeden 1975. augusztus 3-án;

Kruppa Mária dr. (szül. 1900), a Péterfy S. utcai Kórház utókezelő osztályának nyugdíjas orvosa 1975. szeptember 20-án;

Lajos László dr. (szül. 1904), a Pécsi Orvostudományi Egyetem Szülészeti Klinikájának nyugdíjas egyetemi tanára 1975. szeptember 29-én;

Molnár Mihály dr. (szül. 1926) az orosházi Városi Kórház gégeosztályának vezető főorvosa 1975. november 3-án;

Monostori Miklós dr. (szül. 1937) körzeti orvos Tarnaörsön 1975. szeptember 3-án;

Nagy Júlia dr. (szül. 1927) a makói TBC Gondozóintézet szakorvosa 1975. október 30-án.

Pataki Lili dr. (szül. 1909) a budapesti VIII. ker. Rendelőintézet nyugdíjas ideggyógyász szakfőorvosa 1975. októberben;

Perényi Elemér dr. (szül. 1897) a Péterfy Sándor utcai Kórház rendelőintézetének fogász szakorvosa 1975. december 17-én;

Pethő István dr. (szül. 1896) az egri Rendelőintézet nyugdíjas gyermekgyógyász szakfőorvosa 1975. október 17-én;

MYCOSOLON

kenőcs

ÖSSZETÉTEL

A készítmény 2% miconazolomot és 0,25% 21-desoxy-21-N-(N'-methyl-piperazinyl) — prednisolon hydrochloricumot (Depersolon) tartalmaz.

HATÁS

A Mycosolon kenőcs egyesíti magában a miconazol antimycotikus és antibacterialis aktivitását, valamint a depersolon glucocorticoid gyulladáscsökkentő, antiallergiás, viszketéscsillapító hatását.

JAVALLATOK

Dermatophyták vagy gombák által kiváltott, kifejezett gyulladással, ill. irritációval kísért bőr- és körömfertőzések, ekzemák, intertrigo, interdigitalis mycosisok, köröm-mycosisok, gyulladással kísért ekzemák és mycosisok, hallójárat-mycosisok.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS

Bőr-infectiók esetében: naponta 1—2 alkalommal kenjük be a kezelendő bőrfelületet Mycosolon kenőccsel.

Köröm-infectiók esetében: a megbetegedett körömrészek eltávolítása után occlusiv kötés formájában alkalmazzuk a készítményt. A kezelést megszakítás nélkül folytatjuk a köröm teljes regenerálásáig.

Fül-infectio esetén: naponta kétszer vezessünk fel a külső hallójáratba a készítménnyel átitatott gázecsíkot a teljes gyógyulásig.

MELLEKHATÁSOK

Ez ideig nem ismertek.



ELLENJAVALLATOK

Bőr-tuberculosis, herpes simplex, himlő, bárányhimlő.

CSOMAGOLÁS

15 g-os tubusokban 26,— Ft.

MEGJEGYZÉS

A Mycosolon kenőcs localis tűrhetősége igen jó. A készítmény nem hagy foltot a bőrön, a ruhanevekből pedig kimosható.

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján csak abban az esetben rendelhető, ha a beteg gyógykezelését más — szabadon rendelhető — gyógyszer megfelelően nem biztosítaná.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

Pozsgay József dr. (szül. 1906) a Központi Állami Kórház gégeészeti osztályának vezető főorvosa 1975. november 24-én;

Rupnik János dr. (szül. 1899), a kiskunhalasi Járási Tanács állami közegészségügyi felügyelője 1975. szeptember 28-án;

Sárközy Emilia dr. (szül. 1931) körzeti orvos Tiszaderzsén 1975. október 21-én;

Sárváry Imre dr. (szül. 1900) a nyíregyházai Városi Tanács egészségügyi osztályának iskolaorvosa 1975. október 16-án;

Szabó Miklós dr. (szül. 1913) a szegedi Városi Csecsemőotthon igazgató főorvosa 1975. november 29-én;

Szarka Ödön dr. (szül. 1902), a csongrádi Városi Tanács Egészségügyi Csoportjának nyugdíjas vezető főorvosa 1975. október 9-én;

Szennik Jenő dr. (szül. 1909) rokkantnyugdíjas körzeti orvos Budapesten 1975. november 10-én és

Szilárd Győző dr. (szül. 1916), a budapesti MÁV Igazgatóság ellenőrző főorvosa 1975. október 11-én és

Tausz János dr. (szül. 1897) nyugdíjas körzeti orvos Soltszentimrén 1975. október 19-én elhunyt.

Weidlinger Imre dr. (szül. 1898) a budapesti XVI. ker. Rendelőintézet nyugdíjas röntgen szakfőorvosa 1975. november 4-én elhunyt.

BIOSUPRESSIN kapszula

cytostaticum

Új készítmény!

Összetétel: 1 kapszula 0,20 g Hydroxycarbamidot tartalmaz.

Javallatok: Krónikus myeloid leukémia, melanoma metastasissal. Az említett elváltozásoknál elsősorban kombinációs kezelés formájában alkalmazzuk a remissiók idejének kedvezőbb alakulása céljából.

Nagy kiterjedésű, terápiareszisztens psoriasis; psoriasis ad erythroderma vergens; erythroderma psoriaticum, psoriasis pustulosa.

Ellenjavallatok: Hydroxycarbamid nem adható, ha általában cytostaticum, illetve immunosuppressív szer kontraindikált, továbbá csontvelőkárosodás, máj- vagy vese-funkciós zavarok esetén. Fertilis korban csak az életet veszélyeztető állapotokban adható az esetleges teratogen hatás miatt. Terhesség alatt egyáltalán nem alkalmazható.

Adagolás: Tumorok esetében

- a) váltakozó terápiában 80 mg/testsúlykg egyszeri dózisban minden harmadik nap, vagy
- b) folyamatos terápiában 20–30 mg/testsúlykg mindennapi adagban (pl. 70 kg-os betegnek 3×2 kapszula/die).

Psoriasis esetében

20–30 mg/testsúlykg napi adagban (pl. 70 kg-os betegnek 3×2 kapszula/die).

Intermittáló kezelés: 1 hetes kúra után 1 hét szünet. A klinikai választól függően 2–3 kúra.

Mellékhatások: Gastrointestinalis zavarok (étvágytalanság, émelygés, gyomornyomás), bőr-pír, átmeneti haematológiai tünetek (anaemia), néha idegrendszeri zavarok. Esetlegesen emelkedett serum-húgsavszint.

Figyelmeztetés: A szer csak intézetben, dózisbeállítás után, a haemopoetikus rendszer, máj- és vese-functio rendszeres ellenőrzése mellett adható. Krónikus myeloid leukémia kezelésekor az adagolást már a fehérvérsejtszám 15 000 alá csökkenése esetén abba kell hagyni. Egyéb indikációban a terápiát fel kell függeszteni, ha a fehérvérsejtek száma 3000, a trombocitaszám pedig 100 000 alá csökkenne és csak akkor lehet újramezteni, ha az értékük jóval emelkedik.

Megjegyzés: Csak fekvőbeteg-gyógyintézetek részére kerül forgalomba.

Lejáratí idő: 2 év.

Csomagolás: 250 db kapszula.

Ara: 645,- Ft.



Előállítja: **BIOGAL Gyógyszergyár Debrecen**



Klinikai farmakológia

A kombinált antibiotikum kezelés elvei. Levin, S., Harris, A. A.: Bull. N. Y. Acad. Med. 1975, 51, 1020—1038.

A kombinált kezelést már 1930-ban alkalmazták, amikor syphilisben bizmutot arzénal, streptococcus és pneumococcus fertőzésben pedig sulphonamidot ellenanyag-tartalmú szérummal párhuzamosan alkalmaztak.

Hunter, aki úttörő volt ezen a területen, 1945-ben streptococcus okozta endocarditisben a penicillint streptomycinnel kombinálta.

A következő években több szerző számolt be különböző kombinációk hatásának in vitro vizsgálatáról és az eredmények alapján új terápiás javaslatok születtek.

Az antibiotikumok kombinálásának céljai: 1. A toxicitás csökkentése a hatás megtartása mellett. 2. Synergista hatás elérése. 3. Súlyos esetben nagy találati biztonsággal lehessen elkezdni a kezelést a kórokozó tisztázása előtt vagy nélkül. 4. Megelőzni a rezisztens populációk kialakulását. 5. Kevert infekciók kezelése, amikor a mikroorganizmusok különböző antibiotikumokra érzékenyek. 6. A superinfektio megelőzése, localis kezelés esetén, amikor a szer fel nem szívódó volta vitatott. 7. A rezisztens populációk — L formák — visszaszorítása pl. recurrens staphylococcus fertőzésekben. 8. Nem hozzáférhető organizmusok elérése pl. a liquor barrieren vagy baktériumfalon átjutás fokozása.

Ezek közül a toxicitás csökkentése és a synergen hatás elérése a leggyakoribb cél. A synergizmus kérdése in vitro vizsgálatokkal aránylag jól tanulmányozható, in vivo adatokat humán vonatkozásban már kevesebbet lehet találni. A synergen hatás alapsémája az $1+1=4$, azaz $A+B$ anyag négyszeres vagy ennél nagyobb hatást kell hogy biztosítson, mint A vagy B egyedül.

A synergen hatás biztosítható két olyan antibiotikummal, amely a mikroorganizmus anyagcseréjét két különböző lépésben befolyásolja (pl. trimetoprim+sulfamethoxazol, hazai forgalomban *Su-metrolim* néven ismert kombináció). A Gram negatív mikroorganizmusokra nem ható, de az általuk termelt betalaktamáz gátló methicillin synergen hatást mutat az ampicillinnel, mivel megvédi azt a lactamase destruktíótól. Az egyik antibiotikummal megváltoztatható a mikroorganizmus sejtfalának permeabilitása a másik szer részére (endocarditis: penicillin+

streptomycin). A PAS prolongálja az INH hatását, vagy a lysostopin hozzáférhetővé teszi a nem drainált abscessusokban a staphylococcusokat a methicillin számára.

Antimikrobás szer nem antibiotikummal való kombinálása is szóba jön, pl. közismert, hogy a probenidid prolongálja a penicillin hatását, vagy a vizelet lúgosításával fokozni lehet az aminoglycosid típusú antibiotikumok hatását az urogenitalis rendszerben.

A kombinációk alkalmazásának ezeken túl elsősorban klinikai indikációi vannak: súlyos esetekben nagy találati biztonsággal való kezelés, rezisztens populációk kialakulásának megelőzése, superinfektio elkerülése stb.

Bizonyos megbetegedésekben elengedhetetlenül fontos a kombinált kezelés alkalmazása. Alpha streptococcus és enterococcus endocarditisben a penicillin kombinálása aminoglycosidokkal. A penicillin permeabilitás teszi a baktériumfalon átjutást aminoglycosid számára. Bár ezzel a toxicitást terheljük, de a kezelés idejét lerövidíthetjük és az eredményességet fokozzuk. A pneumococcus és staphylococcus endocarditisben a második szer szükségessége nem bizonyított.

Gyakoriak a speciális mikroorganizmusokra használt kombinációk is. Gram negatív rezisztens fertőzésekre hármas kombinációk is gyakoriak, pl. Serratia marcescens, indol pozitív proteus, providencia és egyes pseudomonas fertőzésekben a trimetoprimet és sulphamethoxazolt polymyxin kezeléssel egészítették ki, feltételezve, hogy a polymyxin megnöveli a trimetoprim sequentialis blockját, vagy megváltoztatja a sejtfal barriert. Pseudomonas fertőzésekben a carbenicillint aminoglycosidokkal kombinálják a rezisztens mutánsok in vivo kialakulásának megelőzésére, ill. a klebsiella superinfektio megakadályozására. A brucellosis relapsusa csökkenthető, ha a szokásos tetracyclin kezelést streptomycin adásával egészítik ki. Kimutatottan synergen hatású in vitro körülmények között az alacsony szintű adó amphotericin-B fluorocitosinnal, ill. tetracyclinnel vagy rifampicinnel különböző gombák ellen. Klinikai eredmények még hiányoznak.

Több antibiotikum együttes alkalmazásának nemcsak előnyei, hanem veszélyei is vannak, különösen, ha nem kellő indikációval és nem megfelelő szereket alkalmazunk együtt. A veszélyek a következők: nő a superinfektio veszélye poliresztens törzsekkel, növekszik a gyógyszer reakció, inter-

akció, toxicitás lehetősége és nehezebb tisztázni a megbetegedés okát. Ezen túl felesleges költség-növelést jelent. Nem kellő válogatás esetén synergizmus helyett antagonizmust érünk el. Humán vonatkozásban nagyon kevés jól értékelhető vizsgálatot találni az irodalomban.

Az in vitro vizsgálatok eredményét gondosan kell explorálni a klinikai gyakorlat számára és további jól ellenőrzött megfigyelések szükségesek.

Árr Magda dr.

Az antibiotikumok szubgátló koncentrációjának hatása a baktériumokra. Lorian, V.: Bull. N. Y. Acad. Med. 1975, 51, 1046—1055.

Egy antimikrobás szer gyógyszer értékét a specifikus mikroorganizmusra kifejtett szaporodást gátló vagy sejtölő hatása adja meg, és ezek a sejtszerkezet megváltoztatása vagy az anyagcsere befolyásolása révén jönnek létre. A különböző hatások a koncentrációtól függenek.

Egy antimikrobás szer „minimális gátló (inhibitor) koncentrációja” (MIC) vagy „minimális baktericid koncentrációja” (MBC) drámai változást hoz létre a mikroorganizmuson. Ennél alacsonyabb koncentráció mellett is megfigyeltek azonban jellemző elváltozásokat a baktériumokon: hatást a növekedésre, változást a sejt szerkezetében, vagy mind a kettőt. Azt a legalacsonyabb antibiotikumkoncentrációt, mely változásokat hoz létre a baktériumokon „minimális antibiotikum koncentrációnak” (MAC) nevezték el és ez antibiotikumonként a MIC egy jellemző hányadának tekinthető. Erre a szubgátló koncentrációra jellemző, hogy az okozott változások magasabb (MIC vagy MBC) koncentráció mellett nem figyelhetők meg.

Különböző morfológiai változásokat figyeltek meg *P. mirabilis* és *E. coli* törzseken penicillinek és cephalosporinok szubgátló mennyiségével. MAC mennyiség esetén a penicillinek fonalképződést, a cephalosporinok pedig gömbképződést eredményeztek. Irodalmi adatok szerint a penicillin ilyen koncentrációban gátolja a baktériumok autolytikus enzim termelését, a növekedésre, ill. szaporodásra való hatás nélkül. Ezzel szemben a cephalosporinok a szaporodásra hatnak és nem gátolják az autolytikus enzim termelést. Staphylococcusoknál azt találták, hogy nem jön létre lényeges változás a külső sejtfalon, de gátlódik a válaszfalak lysise és ezért a szaporodó sejtek abnormis külsőt vesznek fel, nagy gömb alakban láthatók. A szétválás gátlása reversibilis, antibiotikummentes közegben normális sejtforma mellett a szaporodás azonos a kontrolléval.

S. typhi murium, E. coli és P

mirabilis 1/4 MIC ampicillin jelenlétében fonalas formát vesz fel és nem mutat sejtosztódást.

A penicillinekkel a MAC/MIC arány magasabb, mint a cephalosporinoknál, akár érzékeny, akár rezisztens törzsekről van szó.

Az ampicillin és cephaloridin csökkenést okoz a ribosoma-számban olyan alacsony koncentrációban, amely még látható elváltozást nem okoz a sejteken. Ez azt jelenti, hogy a ribosomákra való hatás megelőzi a sejtfalra való hatást.

St. aureus, *E. coli* és *S. typhi* muriumnál szignifikáns különbség van a MAC/MIC arányban különböző antibiotikumoknál a szaporodásra vonatkozóan. Tetracyclin hatására logaritmusos csökkenés jön létre *S. typhi* murium populációban 1/3 MIC-nél, hasonló hatás elérésére gentamicinből 1/20 MIC mennyiség elegendő. Fél MIC gentamicin hatására viszont a ribosoma densitás csökkenése észlelhető a sejtvégék kivételével, és ez okozza a relatív transzparentiát a sejt közepén, ezért tűnik a sejt bipolárisnak.

Néhány antibiotikum csökkenést okoz a baktériumok agglutinálhatóságában. Az antigén a sejtfal alkotórésze, elképzelhető, hogy az antibakteriális szerek, amelyek a sejtfalon biokémiai vagy morfológiai változást idéznek elő a Gram negatív baktériumokon, változást hoznak létre az antigén-szerkezetben is. Salmonelláknál vizsgálták a fluorescens antitest kötést és a somatikus O antiszérummal való agglutinálódó képességet. A fluorescens antitestkötésben lényeges eltérést nem tapasztaltak. Az agglutinálódó képesség azonban megváltozott. Gentamicin, tetracyclin és chloramphenicol hatására az agglutinációs titer csökkent. Az ampicillin hatására képződött fonalak titere ugyanakkor magasabb volt, mint a kontroll tenyészté.

Az antibiotikumok szubgátló koncentrációja synergista vagy antagonista hatást mutathat.

A minimális antibiotikum koncentráció (MAC) fogalmának bevezetése nemcsak elméleti, hanem klinikai-gyakorlati értékű is. Az a szer, amelynek nagy a különbség a MAC és MIC érték között, terápiásan hatásosabbnak tekinthető.

Arr Magda dr.

Kórházi fertőzések új antibakteriális kezelése. Eickhoff, T. C.: Bull. N. Y. Acad. Med. 1975, 51, 1056-1064.

Az elmúlt húsz esztendőben számtalan közlemény foglalkozott a kórházi fertőzések általános problémáival. Többször felmerült a kérdés, hogy a kórház vagy személyzete felelős-e a fertőzésekért, exogen vagy endogen eredetről van-e szó. Az Egyesült Államokban végzett felmérések szerint a

kórházi fertőzések átlagosan 5%-nak vehetők. Ez évi harmincmillió fertőzést jelent.

A kórházi fertőzések megoszlása a megbetegedés helye szerint azt mutatja, hogy a húgyúti infekciók az összes fertőzés egyharmadát teszik ki, ezután a sebészeti és légúti fertőzések következnek.

A mikroorganizmusokat vizsgálva az tapasztalható, hogy míg az ötvenes években és a hatvanas évek elején a kórházi fertőzésekben a staphylococcusok voltak az uralkodók, ma 20% alatt szerepelnek. Napjainkban a fertőzések több mint 50%-át Gram negatív baktériumok okozzák.

A vizsgálatok szerint az antibiotikumok alkalmazása oly mértékben kiterjedt, hogy egyes kórházakban az összes gyógyszerforgasztás árának egyharmadát teszi ki. Felmerül a kérdés, hogy az antibiotikumok ilyen széles körű felhasználása milyen szerepet játszik a kórházi fertőzések létrejöttében.

Az antibakteriális szereknek általában nincs közvetlen hatása a szervezet védekező mechanizmusára, de befolyásolják a saját mikroflórát és ezzel elősegítik az esetleg jelenlevő rezistens pathogének elszaporodását. Ezt látszanak alátámasztani azok a közlemények, melyek olyan staphylococcus fertőzésekről számolnak be, melyek a kórházban rendszeresen alkalmazott egy vagy több antibiotikummal szemben rezisztensek vagy az utóbbi időben megfigyelt gentamicin rezisztens pseudomonas fertőzések megjelenése azokon a helyeken, ahol kiterjedten alkalmazták a gentamicint fertőzött égési sebekre kenőcs formájában.

Az a kérdés, hogy a polyresistens staphylococcusok vagy Gram negatív baktériumok virulensebbek-e érzékeny társaiknál, nem tisztázott.

Az antibiotikumok alkalmazásának jelentőségét a kórházi fertőzésekben mutatja Price és Sleight 1970-ben közölt adata, mely szerint egy angol idegsebészeti osztályon a polyresistens klebsiella okozta pneumoniák és meningitisek száma párhuzamosan emelkedett az antibiotikum használatával és a minimumra csökkent az antibiotikum használatának megszüntetésével.

A szerző nem részletezi a kórházi fertőzések epidemiológiáját, csupán két speciális problémát érint. Az egyik a húgyúti infekciókat elősegítő katéterezés kérdése, és felhívja a figyelmet a zártrendszerű katéterek használatára az asepsis követelményeinek betartása mellett. A másik problémát az intravénás katéterek jelentik. Ezek alkalmazásakor a sebészeti asepsis betartása szükséges a fertőzések elkerülésére.

A megelőzésre és kezelésre nincsenek új módszerek, de a lelkiismeretesen végzett beavatkozások nagyban csökkentik a fertőzés ve-

szélyét. Az antibiotikumok nem kívánt hatásai, a kórházi fertőzések kialakításában bizonyított szerepük, az orvosi gondolkodás átforgatását és a hibátlan, megfontolt antibiotikum alkalmazást teszik szükségessé. Arr Magda dr.

Vak antibiotikus kezelés rendkívüli helyzetekben. Neu, H. C.: Bull. N. Y. Acad. Med. 1975, 51, 1065-1074.

A szerző áttekinti azokat az infekciós megbetegedéseket, amelyekben az állapot súlyossága miatt a mikrobiológiai eredmények (tenyésztés, érzékenységi vizsgálat) nélkül, vagy előtt kell vakon megkezdni a beteg kezelését. Hangsúlyozza, hogy ilyen esetekben is, ha mód van rá, a vizsgálati mintákat a kezelés előtt le kell venni. A terapia ilyenkor az orvos tudására, tapasztalatára, a megbetegedést leggyakrabban előidéző kórokozók és azok általános antibiotikumérzékenységének ismeretére épül.

Légúti fertőzések esetén leggyakrabban vírus-infekcióval kell számolni, ami antibiotikumokkal nem befolyásolható. Gyermekeken és felnőtteken egyaránt bakteriális kórokozók a Gram pozitív coccusok, ilyenkor penicillin, erythromycin és orális cephalosporinok jönnek szóba elsősorban.

Az otitis media kórokozója 2 hó és 8 év között általában pneumococcus, *H. influenzae* és az „A” csoportba tartozó béta-haemolysáló streptococcus. Klinikailag nem lehet eldifferenciálni őket. A halójaratok bakteriológiai vizsgálata nem nyújt értékelhető felvilágosítást, a középfül punctiós vizsgálata pedig általában nem alkalmazott módszer. A kezelésre elsősorban ampicillin, erythromycin használatos, egyesek a sulfonamidokat helyezik előtérbe. 8-10 éves kor után az oxacillin jön szóba, mivel gyakoribb a staphylococcus fertőzés. Chronikus otitisben különösen felnőttekben, Gram negatív kórokozókra kell gondolni (pseudomonas, anaerob baktériumok). Fontos a bakteriológiai vizsgálat, és a kezelést gyakran kell kiegészíteni feltárással. A sinusitis is elsősorban vírus eredetű, de sokszor keveredik bakteriális fertőzéssel (pneumococcus, néha haemophylus).

Gyermekeken, fiatal felnőtteken vírus eredetű a bronchopneumonia is, rapid progressiója staphylococcus fertőzést jelent. Kezelésére methicillin, oxacillin, naphcillin jön szóba. Aspirációs pneumonia idős felnőtteken és különösen erős alkoholfogyasztókban anaerob fertőzés (anaerob streptococcusok, Bacteroides melanogenicus, Fusobacterium nucleatum) következménye lehet. Penicillin G vagy phenoximethylpenicillin hatásos és szóba jön a clindamycin is, a cephalosporinok nem alkal-

masak. Gyakori a vegyes Gram pozitív és negatív fertőzés is. Az anaerobok mellett pseudomonas, klebsiella, enterobacter és *E. coli* gyakori. Carbenicillin-gentamycin kezelés szükséges. Immunológiai-
lag inkompetens egyénekben a pneumonia sohasem kezelhető vakon bakteriológiai vizsgálat nélkül.

Cardialis fertőzésekben is gyakran kerül sor vak-kezelésre. A legtöbb endocarditisben akár congenitalis, akár szerzett billentyűhibával, *Str. viridans* a kórokozó. A staphylococcus fertőzés ritkább, de narcomaniasokon gyakoribb, hasonlóan a pseudomonas fertőzés is. Sebészi beavatkozások után (szívműtétek) korai fertőzést *St. epidermidis*, difteroidesek, *St. aureus* és esetenként Gram negatív bacillusok, gombák okozzák. A késői postoperatív fertőzés oka *Str. viridans*. A kórokozó ismerete nélkül a kezelés lehetetlen. Felnőtteken a *Str. viridans* okozta endocarditist legalább három hétig nagy dózisu iv. adott penicillinnel kezelik, *Str. fecalis* esetén penicillint vagy ampicillint streptomycinnel együtt adják.

A meningitis azok közé a kórképek közé tartozik, ahol a kezelést azonnal el kell kezdeni, de előtte bakteriológiai vizsgálatra liquorot kell nyerni, melynek festett vizsgálata bizonyos fokú tájékozódást nyújthat. Újszülötteken *E. coli*, „B” csoportba tartozó streptococcusok és listeria a leggyakoribb etiológiai ágensek. A terapia ampicillin, szükség esetén még gentamycint, kanamycint adnak hozzá. McCracken szerint ha újszülötteken a Gram negatív meningitisben a kezelés ellenére a liquor 3–7 napig pozitív marad, ventricularis aspirációra kell gondolni. Ha a ventricularis folyadékban a kórokozó azonosítható, 1–2 mg gentamycint kell naponta a gyomorba juttatni. 8–10 éves kor alatt a meningitis okozója *H. influenzae* vagy meningococcus és pneumococcus. Penicillint, ampicillint vagy chloramphenicol alkalmaznak, utóbbit főleg olyan közösségekben, ahol ampicillin rezisztens haemophilus előfordul. Ifjúkori és felnőttkori meningitiseket meningococcus, pneumococcus okoz a leggyakrabban; a kezelés penicillin. Allergia esetén chloramphenicol, cephaloridin is szóba jön, a cephalothin alkalmatlan. Felnőttek Gram negatív meningitisében, ha azt coliform baktérium okozza (klebsiella, pseudomonas), intrathecalisan adott gentamycin vagy polymyxin kezelés szükséges. Ilyen kezelést azonban csak a baktérium minimális gátlási koncentrációjának ismeretében és a liquor-szint ellenőrzése mellett lehet alkalmazni. Az agytályog kórokozója általában aerob vagy microaerob streptococcus, *St. aureus*, bacteroides vagy aerob pálca (*E. coli*, proteus). Ha a primer laesio elérhető, a bakteriolo-

giai vizsgálatot ebből végezzük. A kórokozó ismerete nélkül és feltételezve, hogy az nem staphylococcus iv. penicillint adnak. Staphylococcus esetén methicillin vagy chloramphenicol kezelést alkalmaznak. Az oxacillin és naphcillin nem jön szóba, mert nem jut be a tályogba. Sokszor szükséges a sebészi beavatkozás is.

A csontrendszer fertőzéseinél mint septikus arthritis, Gram negatív és pozitív kórokozók egyaránt szóba jönnek. Az ízületi folyadék Gram szerinti vizsgálata tájékozást nyújt, oxacillint, methicillint, ampicillint vagy gentamycint, kanamycint kell adni. Felnőtteken gyakori a gonorrhéa arthritis, ez penicillinre, ampicillinre és amoxicillinre jól gyógyul. *St. aureus* fertőzés parenterálisan adott oxacillinnel, naphcillinnel, penicillinérzékenyeknél cephalothinnal kezelhető jól. Gyermekeken az osteomyelitis azonnali kezelést igényel. A punctió mintából, vérből bakteriológiai vizsgálatra kell küldeni a kezelés megkezdése előtt. Tartós penicillin, oxacillin, naphcillin vagy cloxacillin kezelést kell folytatni.

Septicaemiával az egész élet folyamán találkozhatunk. Nagyon fontos a megfelelő antibiotikum kiválasztása. Újszülöttekben *E. coli*, „B” csoportú streptococcus, ritkábban *St. aureus*, klebsiella, pseudomonas vagy *Listeria monocytogenes* a kórokozó. Carbenicillin, cephalothin nyújthat védelmet az identifikálási vagy gentamycint kell adni. Húgyúti eredet esetén *E. coli*, vastagbél eredetű bacteroidesek, pseudomonas az elsődleges kórokozók. A haemocultúra ismételt pozitívítása esetén abscessusra kell gondolni, ami sebészi beavatkozást igényel. A szteroidok adása septicaemiában eldöntetlen kérdés. A kezdeti javulás romlása felveti a gombás (candida, aspergillus, mucor) fertőzés gyanúját. Fiatalokon, nephrosisos, cirrhotikus vagy asplénia betegekben gyakori a pneumococcus septicaemia; penicillin, cephalosporin alkalmazása a helyénvaló, mivel a pneumococcus relatív rezisztens az aminoglycosid antibiotikumokkal szemben.

Bár a kezeléseket sohasem szabad „vakon” végezni, gyakran kell megkezdni a kórokozó ismerete előtt. Támaszkodni kell a szokásos mikroorganizmus ismeretére, az antibiotikum érzékenységre, de figyelemmel kell lenni a beteg korára, általános állapotára és a klinikai képre is, és úgy kell megválasztani az antibiotikumot, hogy az a leghatásosabb és legkevésbé toxikus legyen.

Arr Magda dr.

Gram-negatív kórokozók okozta fertőzések: új klinikai szempontok. Neu, H. C.: Bull. N. Y. Acad. Med. 1975, 51, 1075–1083.

Az elmúlt évtizedekben emelkedett a Gram negatív fertőzések

száma. Több szerző beszámolt arról, hogy a staphylococcusok és streptococcusok helyét a bélbaktériumok foglalták el (*E. coli*, proteus, pseudomonas, klebsiella, enterobacter, *Herellea*). A mikrobiológiai diagnosztika fejlődésével új mikroorganizmusok váltak közismertté, mint *Erwinia*, *Enterobacter agglomerans*, *Eikenella corrodens* és *Pseudomonas cepacia*, melyeket eddig csoportban — mint paracolik vagy nem fermentálók — emlegettek. A chemoterapia fejlődése, a szervátültetéseknek alkalmazott nagymérvű immunosuppressio új fertőzéseket eredményezett. Mindemellett fokozatosan emelkedik a kórokozók rezisztenciája, és polyresistens *Serratia pseudomonas* fertőzésekkel találkozni.

A szerző áttekinti a rezisztenciaváltozás és az új antibiotikumok szémszögéből a Gram negatív fertőzések kezelését.

A pneumóniák (különösen a kórházi eredetűek), endocarditis, meningitis és a bacteraemiai fontosak. A penicillin G nagy adagban ma is hatásos a Gram negatív fertőzések egy részére (*Proteus mirabilis*, néhány *E. coli*). Az aminopenicillin, az ampicillin, szélesebb hatásspektrumú és a Gram negatívokra is hatásos. Az *E. coli* kis koncentrációban is hatásos, bár egyes szerzők 40–50 százalékos rezisztenciát tapasztaltak kórházi törzseknél. A *Proteus mirabilis*, *Shigella* és *Salmonella* is érzékeny ampicillinre. A *S. typhi* murium 25%-a és a *S. heidelbergi* rezisztens, mindkettő bacteraemiát okozhat fiatalokon és immunosuppressióban részesülő betegeken. A *S. enteritidis* ritkán rezisztens, a *S. typhi* rezisztenciája igen ritka.

Az ampicillinen kívül egy sor új aminopenicillin ismert (amoxicillin, pivampicillin, cyclacillin, epicillin). Ezek hatásspektruma és pharmacológiai hatása hasonló az ampicillinéhez, az amoxicillin emelkedik ki leginkább közülük.

A carbenicillin aktív a *P. mirabilis*, *E. coli*, indol pozitív proteus, számos enterobacter és *Pseudomonas aeruginosa* törzsekre, bár utóbbi gátlásához magas koncentráció (70 µg/ml) szükséges. A carbenicillin iránti rezisztenciában 1969-től vizsgálva egyesek nem, mások találtak emelkedést.

A ticarcillin egy új thienyl-carboxyl-penicillin, hatásában hasonló a carbenicillinhez. Jelenleg is vizsgálat alatt van. 2–4-szer aktívabbnak találták és teljes keresztrezisztenciát mutat a carbenicillinnel. A carbenicillin indanyl észtere orálisan adható, saválló, de alacsony vérszintet biztosít. Elsősorban pseudomonas, indol pozitív proteus és enterobacter okozta húgyúti fertőzések kezelésében hatásos. Systemás fertőzésben nem alkalmazható.

A cephalosporinok hatástalanok a pseudomonasra, a legtöbb enterobacterre, a *Serratia*ra, az indol

pozitív proteusra. A legtöbb *E. coli*, *klebsiella* és *P. mirabilis* érzékeny. Parenterális készítmény a cefazolin és cephacetril, orális a cephadrin. A cephazolinnak alacsony a vese clearance-e és magas szérumszintet ad, a szerveloszlása viszont kisebb, mint a cephalothinnek. Jó klinikai tapasztalatokról számoltak be az ampicillin rezisztens *E. coli*, *P. mirabilis* okozta súlyos fertőzésekben. Nincs szerepük a Gram negatív meningitisben és endocarditisben. A cephadrin antibakteriális és pharmacologiai hatása a cephalaxinnal azonos. Jól használható súlyos, válogatott húgyúti és postoperatív fertőzésekben.

Az utóbbi években elérhetővé vált néhány új aminoglycosid. A legszélesebb körben használt a kanamycinen kívül a gentamycin. A kanamycin a legtöbb proteus, klebsiella, enterobacter, P. aeruginosa és Herellea törzsre hatásos. Az utóbbi időben beszámoltak a rezisztencia emelkedéséről E. coli és klebsiella törzsek között. Sikeresen alkalmazzák különböző Gram negatív fertőzésekben, amikor a kórokozó a kevésbé toxikus antibiotikumok iránt rezisztens (pneumonia, septicaemia, endocarditis, peritonitis és acut pyelonephritis eseteiben). Ritkán alkalmazzák kevert fertőzésben önmagában, annak ellenére, hogy Gram pozitív törzsekre is hatásos. A kanamycin alacsony koncentrációban jut el az epébe, a prosztatába, az agyba — bár a gyulladt meninxen átjut — és az amnionba.

A gentamycin a legjobban vizsgált antibiotikum. Széles spectrumú, hatásos a Gram negatív törzsek többségére. Néhány *Pseudomonas* (*P. cepacia*, *putida* és *pseudomallei*) rezisztens. Alkalmazását körületekintéssel kell végezni, szükséges a szérumkoncentráció monitorozása, különösen beszűkült vese-functio esetén. Elégtelen meningealis szintet ad, ezért intrathecalis adása jön szóba, a liquor szint szigorú ellenőrzése mellett. A pleura-űrbe, peritoneumba, endocardiumba ájtut, de csak a szérumkoncentráció egynegyedét éri el, és ez elégtelen csöként ellenállású betegeken. Gyakran kombinálják carbenicillinrel; a cephalosporinokkal való kombinálás helyessége vitatott. Loccalisan nem alkalmazható rezisztencia kialakulása miatt.

A tobramycin hasonló a gentamycinhez, kevésbé aktív a serratíákra és a *P. mirabilis*re, de hatásos a gentamycin rezisztens *Pseudomonas*-ra.

A sisomicin is hasonló a gentamicinhez, hatásosabb a pseudomonasokra, kevésbé a klebsiellákra és *E. coli* törzsekre.

Az amikacin kevésbé aktív, mint a gentamycin, de hatásos a gentamycin rezisztens törzsekre. Az előzetes klinikai eredmények biztatók.

A chemotherapeuticumok közül a trimetoprim+sulfametoxazol (hazai forgalomban smetrolin) orális kombinációt kell kiemelni. A legtöbb húgyúti fertőzésben (kivéve pseudomonas) jól alkalmazható és a relapsus ritkább. Jó még shigella fertőzésben és chloramphenicol-rezisztens salmonella fertőzésekben.

Arr Magda dr.

Országos vizsgálat az antibiotikus kezelésről; az orvosi ismeretek felmérése az antibiotikumok alkalmazásáról. Neu, H. C. Sara P. Howrey, S. P.: New Engl. Jour. Med. 1975, 293, 1291.

Az Egyesült Államok Orvostovábbképző Hálózatának szervezésében, 4513 orvos részvételével, felmérést végeztek az antibiotikumok alkalmazásával kapcsolatosan. A három részből álló vizsgálatot videotap (képmagnó) igénybevételével végezték. Összesen 50 kérdésre kellett a résztvevőknek válaszolni. Az első részben 10 kérdés szerepelt. A másodikban betegbemutatóval egybekötve 25 kérdést tettek fel, és megbeszélték az előző tízre érkezett válaszok helyességét. A befejező rész 15 kérdésből állt. A spontán válaszolás biztosítása miatt az egyes kérdések megválaszolására csupán öt percet adtak.

Az első 10 kérdésre 55%-ban kaptak helyes választ, a második csoportba tartozó 25 kérdésre 68 százalékban, és a befejező 15 kérdésre 71%-ban válaszoltak helyesen. A kapott válaszokat különböző szempontok szerint értékelték. Csoportosították a résztvevőket a gyakorlatban eltöltött idő szerint (0–5, 5–15 és 15 év feletti) aszerint, hogy magánkórházi, bentlakó orvos vagy orvostan-hallgató, szakma szerint háziorvos, infektológus, nőgyógyász, sebész stb. Figyelembe vették a kórházban vagy rendelésen naponta vizsgált betegek számát is.

A kérdések nyolevan vagy ennél magasabb százalékára az 5 éves gyakorlattal bírók közül választottak helyesen a legtöbben (26,7%), a legkevesebb jó választ a 15 éves gyakorlaton túl levők adták (11%). A kórházi orvosok 32%-a, a magánorvosok 17,2%-a adott jó válaszokat. A különböző szakágak közül a fertőző betegségekkel foglalkozók emelkedtek ki 82,2%-os helyes válasszal. A betegforgalomtól függően mind a kórházi, mind a rendelői orvosok közül a legtöbb helyes választ a napi 10–20 beteggel foglalkozók adták.

Nyolc kérdésre a résztvevők több mint 50%-a adott hibás választ. A kérdések a következők voltak: gyógyszerválasztás visszatérő húgyúti fertőzésben, ha a kórokozó rezisztens ampicillinre és sulfonamidokra; endocarditis profilaxis, penicillin alkalmazásának időtartama foghúzás esetén; sectio caesarea utáni fertőzésnél a kór-

okozó identifikálása; gyógyszerinterakció, beleértve a sulfonamidokat, osteomyelitisek diagnosztizálása és kezelése; rezisztens húgyúti infekciók és septicæmia kezelése; különböző carbenicillin származékok pharmacologiai hatása; gyógyszerválasztás és dosis táblázat primaer syphilisben penicillin-allergiás betegen.

A felmérésből a következő tapasztalatokat vonták le: 1. az orvosok sok esetben alkalmaznak szívésen antimikrobás szereket a diagnózis feltárásának helyettesítésére; 2. hiányos a bakteriológiai és 3. a gyógyszer-interakciós ismeretek.

A sok elégtelen válasz miatt szükségesnek tartják az antibiotikum alkalmazással kapcsolatos továbbképzéseket. Remélik, hogy a végzett felmérés modellül szolgál hasonló vizsgálatokhoz a medicina minden területén. *Arr Maqda dr.*

Arr Magda dr.

Genetika

A szérum α -foetoprotein szintje cysticus fibrosis betegekben, azok szüleiben és rokonaiban. Chandra, R. K. és mtsai. (Janeway Child Health Centre and Memorial University of Newfoundland, St. John's, Newfoundland, Canada): British Medical Journal 1975, 1, 5960, 714—716.

A szerzők vizsgálatai szerint cysticus fibrosos betegek szérum foetoprotein (AFP) szintje jelentősen emelkedett értéket mutatott. Mérsékeltebb, de szignifikáns növekedés a szérum AFP-szintben jelen volt a szüleiben és néhány rokonban is. Nem találtak kapcsolatot a betegség klinikai manifesztációjának súlyossága és a szérum AFP-koncentrációja között. Coeliakiás és bronchiectasiás kontrollcsoport szérummintái normál értékeket mutattak.

A persisztáló AFP-szintézis — más jellemzők mellett — jelzője lehet a cysticus fibrosos géneknek, és a szérum AFP-vizsgálat segítségével ha az AFP perzisztáló szintézisének más okait ki tudjuk zárni, fel lehet deríteni az érintett családokban a heterozigóta hordozókat, és ezáltal segítség lehet a genetikai tanácsadásban.

Csapó Ágnes dr.

Dominans letalis mutáció kiváltása hímegekben etil-alkohollal. Badr, F. M. (Worcester Foundation for Experimental Biology, Shrewsbury, Massachusetts, 01545): Nature, 1975, 253, 134.

A kiterjedt irodalom ellenére az alkohol mutagen és reproductióra gyakorolt hatása tisztázatlannak tekinthető. Most viszont egvértelműen igazolták, hogy alkohol – megfelelő kísérleti körülmények között – genetikai ártalmat okozott egerekben.

Czeizel Endre dr.

Klinikai és szervezési szempontok a kórházi fertőzés gyakorlati leküzdésében. G. Feifel, H. Metz (Chirurgische Universitätsklinik München und Max-v. Petterkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie der Universität München): Chirurg, 1975, 46, 1—5.

A kórházban bekövetkező fertőzések jelentőségét, azok okait és elkerülésének lehetőségeit az elmúlt évek folyamán teljes mértékben felderítették. A sebfertőzések, pneumóniák és az általános szepszikus fertőzések gyakoriságát legalább 3—20%-ra becsülik. A vidéki tapasztalatok jelentéseitől és a különlegességektől eltekintve a témához továbbvezető tényezőket igen nehezen lehet felismerni. Két évtized múlva, amely alatt a megismerések, az eredményekről szóló jelentések, a visszaesések áradata jellemezte az egész hospitalizmus-szektor, meg kell állapítani, hogy a műtét utáni sebgyógyulási zavarok és vele a halálos kimenetelű kórházi fertőzések számbeli növekedése mindenekelőtt nagyobb klinikákon az intenzív ápoló egységek, légzési terápia szövőszövőket és az égési centrumokat érinti és ezt többször még rezisztens baktériumok is komplikálják, mindez a problematika szempontjából jelentős.

A szerzők kollektívájában 1967—69 között a sebgyógyulási zavarok a következők voltak: lágyéksér-műtét 4,1%, cholecystectomy: 12,4%, gyomorresektio (ulcus): 11,4%, és colonsrectio: 35,6%. Ezek átlaga: 15,9%. Az időszerű tárgyalások, hogy a hatékony klímaberendezések, amelyek a helyiségek levegőjének fertőtlenítésére szolgálnak, azt a benyomást keltik, mintha ezzel a megoldást megtalálták volna.

A biológia területén, ellentétben a technológiai tökéletességgel, baktériumoktól való mentességet sohasem lehet biztosítani, ezért fertőzések diagnosztikai és terápia beavatkozás után biztosan nem kerülhetők el. *Gierhake* nem régen arra hívta fel a figyelmet, hogy nem-orvosi nyilvánosság körében erre nézve egyenesen téves elképzelések keletkeznek és lehetséges, hogy valamely műtét utáni fertőzés létrejöttét, mint műhibát értékelnek.

Hogy milyen bonyolultak a viszonyok a valóságban, ezt mutatják az utóbbi évek epidemiológiai vizsgálatai. Csodálatosképpen a bejelentésre kötelezett betegségek kórokozójának a kórházakban gyakorlatilag semmi szerepük nincs. A megoldandó kérdés: az ubiquiter és a szaprofita baktériumok szóródásának megszüntetése. A betegek és a kórházi személyek, mint fertőző források szerepelnek. A fertőzés túlnyomó részben érintkezés útján következik be, amely lehet a kéz által öninfekció, vagy keresztfertőzés is létrejöhet műszerekkel, eszközökkel, vagy porszemcsékhez tapadt baktériumokkal.

A saját, vagy kórházi baktérium által okozott manifeszt infekciókban — függetlenül attól, hogy azok apatogén, vagy patogén tulajdonságúak — döntően biológiai és technikai predisponáló tényezők szerepelnek, mint amilyenek az idős életkor, csökkent humoralis, illetőleg celluláris ellenállóképesség, a felületi epithel funkcionális vagy anatómiai károsodása (égés, seb, tracheotomia, katéter), ischaemia, haematoma, necrosis, idegentest.

A fertőzés okát különleges esetekben esetleg visszatekintő vizsgálattal lehet kimutatni. A környezet vizsgálatával a jelenlevő kórházi baktériumok megállapíthatók. A gyakorlat számára sok jó előírást dolgoztak ugyan ki, de azok követése — mindenekelőtt nagy klinikákon — szervezési, személyi és időbeli nehézségeket okoz.

Az immunbiológiai ismereteink alkalmazása a fertőzés elkerülésében most még a kísérleti és klinikai kutatás állapotában van. A neutrofil-funkció nagy jelentősége, mint döntő tényező, a test saját védekezésében az égési sérülteken és szepszisben levőkön kimutatható. Itt azt látták, hogy az infekció kezdetekor a neutrofilek valamely dysfunctiója halad előre, aminek oka még ismeretlen. E betegek fertőzése ellen sikeresen küzdöttek *Pseudomonas*-vakcinával és *Pseudomonas*-hyperimmunglobulinnal.

A szerzők levonják az elmondottakból adódó következtetéseket és részletesen tárgyalják a hospitalizmus elleni hatékony küzdelem feltételeit.

A jelenlegi helyzet megváltoztatása a legtöbb klinikán a hospitalizmus kérdésével való szembenézésről várható, mégpedig mielőbbi újáépítés vagy nagyobb átalakítás által, továbbá a higiénés-technikai megoldásokkal. Az általános profilaktikus antibiotikum-adás veszélyei jól ismertek. Ezzel szemben megállapítható, hogy a meglevő tapasztalatok és segédeszközök semmiképpen nincsenek teljesen kihasználva, pl. a sokszor idézett „aszepszis és antisepszis régen bizonyított szabályai”, a „non-infectio” eleve, az atraumatikus technika stb. Ilyen klinikai-higiénés és sebészeti-technikai szempontokon kívül szükséges az is, hogy a műtőben a működési szervezetséget megjavítsák és a megszokott működési folyamatokat kritikusan felülbírálják.

A hospitalizmus elleni hatékony küzdelem feltétele az orvosok, ápoló személyzet — beleértve az anesztziológust, a laboratóriumi személyzetet, a röntgeneseket, gyógytornászokat —, de legszigorúbban a betegek *kioktatása és felvilágosítása*. Legnagyobbobbszint kényelmentlen rendszabályok és előírások ezek, mint amilyenek a zsillipelv, a „non infectio”, a munkaruha, a magatartás módja stb. és az ezekkel összefüggő simerekek. A tisztogatás, fertőtlenítés, a fehérneműszállítás kérdését szakszerűen kell

megoldani, hogy azok, akik ezeket végzik, tudatában legyenek *felelősségüknek*.

Szorosabb együttműködést kell megkövetelni a *sebész és higiénikus, illetőleg bakteriológus* között. Az ő céljuk, hogy szakszerű tanácskozás és kidolgozás útján hatékonyabb *ellenőrző módszereket* találjanak a hospitalizmus elleni küzdelem szabályozására. Végül a fertőzés elleni küzdelem megfogalmazását oda kell ismét visszavezetni, ahol a történelmi eredete van: a személyi kötelezettséghez. Minden munkatárs *kötelezettsége és önfegyelme* által a kórház-higiénében előadódó klinikai-szervezési feladatok biztosabban és jobban oldhatók meg, mint csak a kémiai és technikai segédanyagok további keresésével, amelynek szükségessége a részletekben nem vitatható.

A továbbiakban az általános és szervezési szempontokkal kapcsolatban részletesen tárgyalják a szerzők a felvilágosítás, a mindenkori szakértői higiénikus tanácsadás, a mellékhelyiségek (személtároló, raktárhelyiségek, eszköz- és műszerszobák, fürdő- és köztöszoba) kérdéseit, majd a fertőtlenítő szereket, amelyek közül elvileg csak azok használhatók, amelyek a Német Hygienikus és Mikrobiológiai Társaság szabványa szerint megfelelőek. Meg kell állapítani azt is, hogy az egyes készítmények mekkora koncentrációban, milyen célra (felületek, kéz textíliák) használhatók. Ebben a kérdéscsoportba tartozik még a fehérneműszállítás (tiszt és szennyes). Ha a szennyes-tárolás egy éjjelen át elkerülhetetlen, akkor jól beköthető zsákba kell rakni. Az osztályon való szortírozás tilos!

Évente kétszer meg kell állapítani a kórház higiénés helyzetét. Kórházi epidémia esetén azonnal csökkenteni kell a műtét programot és adott esetben az osztályt a teljes fertőtlenítésig le kell zárni.

A *műtét előtti* fontosabb szempontok: minél rövidebb ideig legyen a beteg a kórházban; az ágylétszám 85%-át nem célszerű átlépni; legyen aszeptikus és szepszikus részleg; lehetőleg izolálni kell az égési sérülteket és a súlyosan fertőzöket. Az orvosok és a műtőszemélyzet hetenként legalább háromszor váltson munkaruhat és fehérneműt, a váratlanul beszenyeződött ruhát (betegek és kórházi személyek) azonnal le kell váltani. Az előírás szerinti fertőtlenítést naponta el kell végezni. Szabály, hogy a fertőtlenítést a szennyezett száraz kézre kell önteni és bedörzsölni.

Külön tárgyalják a szerzők a betegek előkészítését a műtétre.

A *műtét utáni* tennivalókról szólva kiemelik, hogy a kötések vizsgálata a *műtét program előtt tilos!* Ezt is kesztyűben kell végezni és erre a célra külön köpenyben. Ismertetik az intravénás és vizeletkatéterek használatát, a fertőzés gyanúja esetére szóló klinikai vizsgálatokat és klinikai ellenőrzése-

ket. A vizsgálatokat jól áttekinthető táblázatban is összefoglalják. A sebgyógyulási zavarokat, a tüdő- és általános fertőzéseket havonta kell összeállítani.

Az aszeptikus részleg címszó alatt összefoglalják a szerzők a műtői programmal, a munkaruhával (két hosszabb ideig tartó műtét között teljes ruhaváltás), a műtői csoporttal, a sterilizációval (tűnyomásos vízgőz, etilénoxid), a fertőtlenítéssel (felület, kéz, műtői terület) kapcsolatos tudnivalókat. Vitéz István dr.

Uszodák szűrőpróbaszerű vizsgálata Trichomonas és kórokozó gombák előfordulására Tirolban. Kraus, H., Tiefenbrunner, F. (Hyg. Inst. Univ. Innsbruck): Zbl. Bakter. Serie B. 1975, 160, 286—291.

Az uszodák jelentőségét egyes fertőzések átvitelében azóta tanulmányozták részletesen, mikor Sandtler-nek és Thurner-nek sikerült uszodavízből *Trichomonas vaginalis*-t kimutatni. Ilyen jellegű vizsgálatokat végeztek a szerzők Tirolban (részben Innsbruckban) levő uszodákban. 15 uszodát vizsgáltak meg a késő délutáni órákban, mintákat vettek a medencék vizéből, zuhanyozók, öltözők felületeiről, szőnyegekről. A vízmintákat megvizsgálták kémiai és mikrobiológiai, a minták aktív chlor tartalma minden esetben 0,3 mg/liter alatt volt, a vizek pH-ja 4,7-től 8,3-ig változott, az élőcsíraszámok 70 és 30 000/ml között voltak. A *Trichomonas* jelenlétét közvetlen mikroszkópos módszerrel és Kupferberg táptalajon — amely 5% inaktivált emberi savót tartalmazott — végzett tenyésztéssel vizsgálták. *Trichomonas* egy mintából sem volt kimutatható. A gombák kimutatását Sabouraud táptalajon végezték, 1—1 mintában találtak kis mennyiségben *Candida albicans*, ill. *Trichophyton mentagrophytes* és *Trichophyton verrucosum* fajhoz tartozó gombákat. Ezenkívül találtak *Aspergillus fumigatus* és *Aspergillus niger* penészgombákat. Az adatok alapján a *Trichomonas* uszodai terjedését ritkának tartják.

Nikodemusz István dr.

Bakteriológiai és parazitológiai vizsgálatok úszómedencékben. Balacescu, C., Grün, L. (Hyg. Inst. Univ. Düsseldorf): Zbl. Bakter. I. Orig. B. 1975, 160, 292—296.

A szerzők 1974 április és november között 4 nyilvános fürdő úszómedencéjének vizét vizsgálták több alkalommal bakteriologikailag és parazitologikailag, tekintettel a *Trichomonas vaginalis* előfordulására. Összesen 30 minta került így vizsgálatra, amelyből 240 ml mennyiséget lecentrifugáltak s az üledéket közvetlenül mikroszkópos vizsgálattal nézték meg, majd leoltották Asami f. *Trichomonas* táptalajra, amelyet 48 óráig 37°-on kellett tartani. 10—10 ml mennyiségből bakteriologiai vizsgál-

latokat végeztek. A vízminták aktív chlor tartalma 0,05 és 0,7 mg/liter között volt. *Trichomonas* egyetlen mintában sem találtak, 27 minta élőcsíraszám 100/ml alatt volt s csak 3 mintánál volt 290 és 425/ml között, bélbaktériumok egyetlen mintában sem fordultak elő.

218 tamponnal vett próba mikrofóráját vizsgálták még vizes üledékekről. Ezek közül 200-ban (91,7%) voltak *Micrococcus*ok, 128-ban (58,7%) festékképzők, 83-ban (38,1%) aerob spórás baktériumok, 35-ben (16,1%) *Coliform* baktériumok, 2-ben (0,9%) *Proteus* baktériumok (faecaltypus), 28-ban (12,8%) zöldítő *Streptococcus*ok, 23-ban (10,6%) *Enterococcus*ok, 20-ban (9,2%) *Staphylococcus aureus* hae-molyticus, 19-ben (8,7%) *Nocardia*ok, 8—8 mintában *Pseudomonas aeruginosa*, ill. *Serratia marcescens* (3,7%), 5-ben (2,3%) *Candida albicans*, 3-ban (1,4%) *Corynebacterium*ok, 2-ben (0,9%) *Proteus* baktériumok, 1-ben (0,5%) *Citrobacter*.

9 minta (4,1%) volt bakteriologikailag steril. Tulajdonképpen 56 mintában (25,7%) voltak faecalis szennyeződésre utaló csírok.

Az ismertetett adatok alapján a szerzők az úszómedencék vizét a *Trichomonas* terjesztése szempontjából nem tartják veszélyesnek.

Nikodemusz István dr.

Methylmercurat hatása a Coleastrum microporum Naeg. 280 törzs (zöld alga) növekedésére. Holder-ness, J., Fenwick, M. G., Lynch, D. L. (Dept. Biol. Sci. North-Illinois Univ. USA.): Bull. Envir. Contam. Toxicol. 1975, 13, 348—350.

A szerzők methylmercurat hatását tanulmányozták a *Coleastrum microporum* Naeg. 280-as törzs, egy vizekben gyakori zöld alga faj szaporodására és photosynthesisére. A különböző töménységű methylmercuri-chloridot tartalmazó táptalajokon jelentkezett sejtek száma — érthető módon — a vegyszer töménységgel fordított arányban alakult; a sejtek számának csökkenése már 0,006 ppm methylmercuri-chlorid jelenlétében bekövetkezett, de egy-egy populáció tagjainak érzékenysége között számottevő különbségek voltak tapasztalhatók.

A higany jelenléte érintette a keményítő anyagcserét, a keményítő lebontása akadályozott lett, másrészt csökkentette a sejtek mozgásképtességét. A photosynthesis már 0,008 ppm higany jelenlétében károsodást mutatott.

(Ref.: Rendkívül fontos az algák, mint a felszíni vizek állandó lakóinak viselkedése a vizekbe jutott káros idegen anyagokkal szemben. A szennyeződést, legyen az mesterséges mosószer, növényvédőszer, műtrágya, először ezek érzik meg s ezek tevékenysége változik. Egyes tapasztalatok szerint a puhatestűek és halak életfeltételei az algák következtében változnak.)

Nikodemusz István dr.

Immunológia

A normál populáció serum IgE szint változásának okai. Grundbacher, F. J. (Peoria Sch. Med. Peoria, Ill.): J. Allergy Clin. Immunol. 1975, 56, 104—111.

326 egyén (51 család) 5 évnél idősebb tagjaiban meghatározták az IgE szintet előző teljes immunogram elvégzése után. A családok fele fehér, fele fekete volt. A szintek igen különbözők voltak, magasabbak a fekete populációban. Szignifikánsan magasabb szintet mértek gyermekekben, mint felnőttekben. Míg számos tényező nem befolyásolta az IgE szintet (nem, vércsoport stb.) addig az ABH kiválasztók IgE szintje magasabbnak bizonyult. A normálistól való eltérés az esetek 40—50%-ában genetikusan determinálódott. Végül az IgE szint független volt az általános immunológiai statustól. Az eredmények arra utalnak, hogy gyermekkorban az IgE védőszerepet tölt be addig, amíg az IgA szint megfelelően nem emelkedik. A néger magasabb IgE szintjét genetikusan tényezővel magyarázzák, bár szoció-ökonomikus tényezők sem zárhatók ki. Immunglobulinok és serum fehérjék koncentrációiban olyan népfajokban, melyek a trópusokon alakultak ki.

(Ref.: Noha az IgE szint emelkedése allergiás betegségre utal, az immunglobulinok jobb mérési technikája következtében kezdtek foglalkozni a nem allergiások IgE szint változásaival is. Európai kutatók azt találták, hogy a vidéki lakosság IgE szintje magasabb, mint a városiaké és ugyanakkor kevesebb az allergiás megbetegedés, tehát allergosisokkal szembeni védőszerepet is tulajdonítottak az IgE-nek.)

Hajós Mária dr.

Immunsuppressív szerekkel kezelt állatok Pseudomonas sepsisének kezelése anti-endotoxin antitest preparátummal. Haranaka, K. és mtsai (Dept. of Medicine, University of Tokyo): Japanese J. of Exper. Med. 1975, 45, 207—213.

Az autoimmun betegségekben szenvedő, vagy szervátültetés miatt immunsuppressív kezelésben részesített betegek 30—40%-a sepsis következtében hal meg. E sepsis szövődményes eredményes leküzdése nagy adagban adott antibiotikumokkal is rendszerint lehetetlen. Elméleti megfontolások alapján a legjobb eredményt endotoxin ellenes antitestek adagolásával lehetne várni. A szerzők állatkísérletekben vizsgálták meg ezt a lehetőséget. Egerek egy csoportján cortison + azathioprin adással, cyclophosphá-middal, ill. ^{60}Co irradiációval idézték elő T, B, ill. T + B lymphocytapopuláció csökkenést, míg egy másik csoportot immunsuppressióban nem részesítettek. Mindkét cso-

port tagjait nagyvirulenciájú *Pseudomonas aeruginosa* LD₅₀ adagjának ($2,86 \times 10^3$ csíraszám) kétszáz-szorosával inoculálták, majd gentamicin + antiendotoxin antitest preparátummal, ill. csak az utóbbival végzett kezelésben részesítették. Már 4–20 E anti-endotoxin-protein F (ab)₂ complet védelmet nyújtott az infectio következményei ellen az immun-supprimált és nem immun-supprimált állatokon egyaránt — gentamicin védelem nélkül is!

Az anti-endotoxin antitest preparátumot egerek 10 µg original endotoxin proteinnel (OEP) 4 ízben történt újraoltása, majd az IgG separálása és pepsines hydrolyzálása után az F (ab)₂ izolálása révén állították elő.

Immunfluorescens technikával kimutatták, hogy az eredeti endotoxin protein a bacterium felszínére lokalizálódik. A terápiában adott anti-endotoxin protein preparátum a sejtmembránhoz kötődik és meggátolja a bacterium növekedését is. Hatása az aktuális lymphocytá populáció nagyságától teljesen független. 100 E-nyi adagban abszolút protectív hatása van. Kisebbségi adag esetén gentamicinnel együtt ugyancsak abszolút biztonsággal hárítja el az endotoxinok veszélyeit. Alkalmazása emberen is lehetségesnek tűnik és maximális védelmet ígér. Intravénás adása nem jár semmiféle mellékhatással.

Berkessy Sándor dr.

Az Rh vizsgálatokban oldószerként használt szérum albumin csoportjainak tanulmányozása. Goldsmith, K. L. G. és mtsai (Blood Group Reference Laboratory, Gatliff Road, off Ebury Bridge Road, London SW1 8QJ): British Journal of Haematology 1976, 32, 215–224.

Normálisan a vvt-k suspendálva maradnak a sejt felszínre és belsejére közötti elektrokinetikus (zéta) potential taszító hatása miatt. Korábbi kutatások bizonyították, hogy ha albumint vagy polimereket adunk a közeghez, a vvt-k szorosabban tudnak egymáshoz közeledni, így a kis IgG „incomplete” Rh antitestek át tudják hidalni a rést, és hozzákapcsolódva a szomszédos erythrocytához is agglutinációt okoznak.

A vércsoport antitestek által okozott vvt. agglutináció két szakaszban játszódik le: az első a sensibilizáció, a második a tulajdonképpeni agglutináció. Jelen tanulmányban a szerzők szerológiai vizsgálatokat végeztek, hogy meghatározzák az albumin különböző csoportjainak hatását ezen két szakaszra.

Azt találták, hogy 15% alatti albumin-koncentrációnál az agglutináció nem következik be, viszont ha 30% feletti volt a koncentráció, a medium túlságosan viszkozussá vált. E két szélső érték között azonban az agglutinációra lényeges befolyása nem volt a különböző albumin csoportoknak.

A neutral polimerrek hozzáadása a szuszpendált közeghez emelte a sejtek zéta potenciálját, és fals pozitív agglutinációt okozott a nem sensitizált sejtekkel. A fals pozitív eredményt okozó anyag azonban könnyen kimozdítható a vizsgálatok elvégzése előtt.

A szerzők standard albumin-minták meghatározását ajánlják a hibalehetőségek elkerülésére.

Csapó Agnes dr.

Makrophagok transzfúziója LD-inkompatibilis egyének között? Fakhri, O. és mtsai (Tumour Biology Group, Westminster Medical School, London SW1 P2AR): The Lancet, 1976, I, 94.

A makrophagok az immunreakcióknak mind az afferens mind pedig az efferens ágán aktívak, felvesznek és feldolgoznak antigéneket, valamint előmozdítják úgy a primer mind a sekunder válaszadás létrejöttét. Korábbi vizsgálatok során kiderült, hogy a makrophagokban nem lehet kimutatni a histocompatibilis összekapcsolt Ir antigéneket. Ez megnövelte annak valószínűségét, hogy a kevert lymphocytá reakciókat létrehozó, azaz lymphocytá-determinált (LD) immunogének, melyek elindítják úgy a graft-versus-host mint a host-versus-graft reakciókat, nem lehetnek jelen a makrophagokban.

A szerzők közleményükben leírt vizsgálatok eredményeként azt a következtetést vonták le, hogy bár a makrophagok egy minimális mennyisége jelen van a kevert lymphocyták reakcióiban, hogy elősegítse a stimulátorok és a válaszadók közötti reakciót az afferens ágon, magukban képtelenek stimulálni.

Ha a kísérletek in vivo is igazak, akkor a makrophagokat lehet transzfundálni az LD-inkompatibilis egyedek között versus-graft reakció veszélye nélkül.

Csapó Agnes dr.

T- és B- lymphocyták a cutan lymphomák bőrelváltozásaiban. Burg, G., Braun-Falco, O. (Dermatologische Klinik und Poliklinik der Universität München): Dtsch. Med. Wschr. 1975, 100, 2562–2564.

A szerzők 30 bőr-lymphomás beteg 38 vizsgálatot végeztek, ezek biopsiás vizsgálatok a bőrelváltozásokból. Megállapították, hogy chronikus (B-sejtes) lymphoid leukaemiában a lymphocyták 0%-os aránya a bőr sejtis infiltratumban 90%, ebből B-lymphocytá 92%, T-lymphocytá 4%; (Ref.: a chronikus lymphoid leukaemiák legnagyobb része B-sejtes, ilyenkor a vérben levő — kóros, a normálistól több szempontból eltérő — B-lymphocyták aránya a 95–98%-ot is elérheti; igen ritka a T-sejtes chronikus lymphoid leukaemia, még ritkább az olyan, ahol a sejtek egy része B-, más része T-típusú); a megfelelő értékek lymphadenosis benigna cu-

tisban: 68, 42, 26; mycosis fungoides II. stádiumában 56, 13, 43, a III. stádiumában 15,5, 10) (tehát a folyamat előrehaladásával a T-lymphocyták aránya csökken); Sézary-syndromában 44, 9, 35; monocytaleukaemiában 3, 2, 1; reticulosisban 27, 12, 15; reticulo-sarcomában 30, 16, 14 (tehát e 2 utóbbi betegségben a B- és T-lymphocyták száma nagyjából egyenlő).

Azt, hogy a jelenlevő B-, ill. T-sejtek daganatosak-e, vagy csak a kiséző gyulladásos infiltrációt jelentik, a leukaemiás folyamatokat kivéve, nem lehetett vizsgálataikban megállapítani. Más bőrfolyamatokban is együtt szerepelnek, változó arányban, B- és T-lymphocyták, pl.: malignus tumorokot kísérő gyulladásos infiltratumban (cc. spinocellulare, melanoma malignum), Hodgkin-kór bőr-infiltratumaiban, gyulladásos granulomákban, allergiás dinitro-chlor-benzol-kontakt-dermatitisben.

A lymphocyták szempontjából a bőr lympho-reticularis proliferációt a következőképpen osztják fel: I. Lymphocytá-gazdag infiltratumban: 1. főleg B-lymphocyták: a) chronikus lymphoid leukaemia (lymphadenosis cutis circumscripta). 2. főleg T-lymphocyták: a) a mycosis fungoides infiltratív stádiuma, b) Sézary-syndroma. 3. Vegyesen B- és T-lymphocyták: lymphadenosis benigna cutis. II. Lymphocytá-szegény, reticulo-histio-monocytás infiltratumban: 1. mycosis fungoides tumor-stádiuma, 2. reticulosis, 3. a monocytaleukaemia specifikus infiltratuma. III. Reticulosarcoma. Ide tartozónak veszik a lymphosarcomát is.

Szönyi Ferenc dr.

Traumatológia

Égés kimetszése plazma scalpellal. Link, W. J., Zook, E. G., Glover, J. L. (Department of Surgery of the Marion County General Hospital, Indianapolis, Ind.): Plastic and Reconstructive Surgery, 1975, 55, 657–663.

Az égési sérülés okozta halál leggyakoribb oka a nekrotikus szövetekből kiinduló fertőzés. Az antibiotikumok localis és általános felhasználása mellett is magas a fertőzési arány. A nekrotikus szövetek korai sebészeti kimetszésével megelőzhetők a septicus szövődmények, de a beavatkozás jelentős vérvesztéssel jár.

A vérvesztés csökkentése érdekében állatkísérletekben új eljárást dolgoztak ki a szerzők. Plazma scalpellal végezték a mély égés kimetszését. A plazma scalpel elektromos áram hatására igen magas hőmérsékletű, ionizált, plazma halmazállapotú gázsugarat bocsát ki. A kísérletekhez használt eszközök golyóstoll nagyságú, flexibilis kábelrel egy kiszolgáló egységhez csatlakozik. Az utóbbi szolgáltatja az áramot, a gázt (argont, heliumot,

vagy a kettő keverékét) és a scalpel köpenyének vízűtését. A scalpel csúcsán kibocsátott plazma sugár 3000 °C hőmérsékletű, 1 cm hosszú és 1 mm átmérőjű. A plazma sugár — hasonlóan a CO₂-laserhez — a szöveteket vaporizálja. A scalpel elmozdításával incisiós seb ejthető, a szövetek lap szerint is preparálhatók. A sebszégeken és a sebalapon a kisebb erek — 3 mm átmérőig — thrombotizálódnak. Kísérletekben sertésen harmadfokú égést okoztak amit 24 óra múlva plazma scalpellal, illetve szikével kimetszettek. A bőrhiányt rögtön fedték félvastag autografftal. Plazma scalpellal rövidebb idő alatt lehetett elvégezni a kimetszést, de a különbség nem volt szignifikáns. Szikével végzett kimetszésnél ötször volt nagyobb a vérvesztés mint plazma scalpel használatánál. A telepített félvastag bőr jól megapadt mind a szikével, mind a plazma scalpellal kimetszett területen.

Az eljárás veszélyeire utal *Hishimoto* közleménye, aki kutyákon plazma scalpellal végzett máj-resectio után nagy százalékban észlelt gázembolia okozta mortalitást. A szerzők hivatkoznak saját, korábbi kísérleteikre. 30 esetben végeztek plazma scalpellal hepatectomiát. A műtétet követően a jobb szívből nagyobb mennyiségben mutattak ki argon gázt, de ez nem járt káros következménnyel.

Papp Tibor dr.

Mély égés kimetszése elektroscallal. Lewis, R. J., Quinby, W. C. (Shriners Burns Institute, Boston.): Archives of Surgery 1975, 110, 191—194.

Mély égés korai sebészeti kimetszésekor és az ezzel egy időben végzett bőrpótló műtétnél komoly veszélyt jelent a nagyfokú intraoperatív vérvesztés és az átültetett bőr nem kielégítő megapadási aránya. A vérvesztés elérheti vagy meg is haladhatja a keringő vér volumenét. Nagy mennyiségű vér transfúziója további veszély forrása lehet. A fentiek miatt számos szerző a test felület 15%-ában jelöli meg az egy ülésben végezhető kimetszés kiterjedésének felső határát.

A vérvesztés csökkentése érdekében a szerzők elektroscallal végezték mély égés kimetszését. 3—14 éves gyermekek akut égéseinek és égés utáni rekonstrukciós műtétknél alkalmazták az eljárást. Akut égés miatt 10 betegen, 19 alkalommal végeztek kimetszést. Az égés átlagosan a testfelszín 41%-ára terjedt ki, amiből 32% harmadfokú volt. Átlagosan 11% — a legnagyobb 18% — kiterjedésű volt az a felszín amit egy műtétnél kimetszettek. A műtétekre az égést követő 3—13. napon került sor. 19-ből 17 esetben rögtön a kimetszés után félvastag bőrral autotransplantációt végeztek. Elegendő autograft hiányában homografftal is pótolták, két esetben pedig tisztán homografftal fedték a kimetszett felszínt.

Műtétenként 940 ml volt az átlagos vérvesztés, amit 1200 ml vér transfúziójával pótolnak. Az égett területeken kimetszés előtt és a bőrátültetés után 0,5%-os ezüst-nitráttal nedves köteket alkalmaztak. A transplantátumok megapadási aránya 97%-os volt a törzsen és 87%-os a végtagokon.

23 alkalommal égés utáni rekonstrukciónál végeztek elektroscallal kimetszést. Ekkor műtétenként 100 ml volt az átlagos vérvesztés. Transzfúzióra nem került sor. A rekonstrukciós műtétknél 95% volt a transplantátumok megapadási aránya. Haláleset nem fordult elő sem az akut égettek között, sem a rekonstrukciós csoportban.

A szerzők véleménye szerint az elektroscallal történő kimetszésnél kiskörfű a vérvesztés és a sebalap alkalmas transplantátum befogadására. Az eljárást előnyösnek tartják mert: 1. Elektromos kés mindenütt rendelkezésre áll. 2. Az egyszerű műtét technikát a legtöbb sebész ismeri. 3. Nem igényel külön technikai személyzetet. 4. Minimális veszéllyel jár. 5. Rövidebb az alátatás ideje, viszont nem használható egyidejűleg gyúlékony anaestheticum.

Papp Tibor dr.

Égési seb széndioxid laserrel történő kimetszésének klinikai értékelése: laserrel, elektroscallal és késsel végzett kimetszések összehasonlítása. Levine, N. S. és mtsai (USA Army Institute of Surgical Research, Brooke Army Medical Center, Fort Sam Houston, Texas): Journal of Trauma, 1975, 15, 800—807.

A szerzők korábban beszámoltak a széndioxid laser felhasználásáról égési sebek kimetszésére. Kísérletes munkájuk alapján az volt a véleményük, hogy sokkal kevesebb a vérvesztés szén-dioxid laser alkalmazásánál, mint késsel történő kimetszésénél. Az eljárást azonban nagyon hosszadalmasnak találták és emiatt technikai tökéletesítést tartottak szükségesnek. Időközben kifejlesztették a sebkimetszésre használható laser eszköz „második generációját”. Jelen közleményben a módosított eszközt és klinikai felhasználását ismertetik, összehasonlítják a laserrel, elektroscallal és szikével történő kimetszésekkel szerzett tapasztalataikat. Két fő módosítást hajtottak végre az eszközön: a laser teljesítményét 40-ről 100 watt-ra emelték és a laser energiát 10 mm-nél kisebb területre centrálják. A fókuszpontot az eszköz preparáló végétől 1 cm távolságra állították be. A technikai módosítások hatására az eszköz „élesebbé” vált, gyorsabban lehet vele metszeni.

Klinikai vizsgálataikat 15 égetten végezték; akik közül 13-nak az égése szimmetrikusan helyezkedett el. Az utóbbiakon az egyik oldalon laserrel, a másik oldalon elektroscallal, vagy szikével metszték

ki a necrotikus bőrt. A korai kimetszéssel egy időben mindkét oldalon félvastag bőrral autotransplantációt végeztek. Nagy kiterjedésű égés esetén homografftal fedték a bőrhiányt. A megapadási arányt, a műtét időtartamát és az elvesztett vér mennyiségét vizsgálták.

A három különböző módszerrel történt kimetszés helyén az autotransplantátumok megapadási arányában nem találtak különbséget. A kimetszést elektroscallal lehetett a leghamarabb elvégezni. A laseres kimetszés ehhez képest negyedével több időt igényelt. Az utóbbi viszont másfélszer gyorsabban végezhető, mint a szikével történő kimetszés. A vérvesztés laser használatakor volt a legkevesebb. Az elvesztett vér mennyisége csak 29%-át tette ki a mechanikus és 60%-át az elektromos kés alkalmazásánál észlelt vérvesztésnek.

A szerzők véleménye szerint a második generációs laser apparátus sokkal jobb a korábbinál, de a „sebész karja” nehézkesen kezelhető, további tökéletesítést igényel.

Papp Tibor dr.

Harmadfokú égés kimetszése laserrel, elektroscallal, szikével és tangenciális sebkimetszési módszerrel. Levine, N. S. és mtsai (USA Army Institute of Surgical Research, Brooke Army Medical Center, Fort Sam Houston, Texas): Plastic and Reconstructive Surgery 1975, 56, 286—296.

15%-nál kisebb kiterjedésű harmadfokú égés kezelésében a legjobb eredményt a sérülést követően végzett sebkimetszés és bőrpótló műtét nyújtja. Nagyobb területen is alkalmazták a módszert, de nem volt jobb a halálozási arány, mint a kimetszés nélkül kezelt égetteké. Emiatt, valamint a lokális chemotherapiás kezeléssel elért kedvező tapasztalatok hatására kiterjedt égéseknél csökkent a primer kimetszés szerepe.

Az utóbbi években bevezetett új sebészeti eljárások — a *Janzekovic* és *Jackson* által kidolgozott tangenciális sebkimetszési módszer, a széndioxid laser alkalmazása sebkimetszésre — új technikai megoldást jelentettek az égési sebek kimetszésénél. *Burke* egészen nagy kiterjedésű, 80%-ot meghaladó harmadfokú égéseket kezelt sikeresen sebészeti kimetszéssel (Ref.: ... és immunosuppresszió védelmében idegen bőrral végzett ideiglenes bőrátültetési módszerrel).

A korai sebészeti kimetszés iránt megújuló érdeklődés hatására a szerzők 26 égetten szikével, laserrel, elektroscallal és tangenciális sebkimetszési módszerrel végeztek excisiót és azonnali bőrpótló műtétet harmadfokú égés területén. 17 esetben „hagyományos módon” a fasciáig terjedt a kimetszés. 9 betegen, 16 alkalommal tangenciális kimetszésre került sor. A

„hagyományos kimetszésre” kiválasztott betegeket két csoportba osztották. Az első csoportba tartozó 12 égettnek második- és harmadfokú égése volt, de az égés kiterjedése nem haladta meg a testfelszín 70%-át. A sebkimetszéssel egy időben autotransplantatummal bőrpótló műtétet végeztek. A második csoportot 5 égett képezte. Egésük meghaladta a testfelület 70%-át és ebből a harmadfok kiterjedése 55–87% volt. Az utóbbiakon a kimetszés után cadaverről származó homografftal, vagy sertésbőr xenografftal fedték a bőrhiányt. A műtétekre az égést követő 3–7 napon került sor, amikor a haemodynamikai viszonyok stabilizálódtak és kielégítő volt a diuresis.

Elektroscapellal és laserrel történő kimetszéssel szignifikánsan rövidebb ideig tartott, és kevesebb vérvesztéssel járt a műtét, mint a szikével végzett kimetszésnél. A transplantátumok megtapadási aránya 80–100% volt, amit nem befolyásolt a kimetszés módszere. Az első csoportból csak egy beteg halt meg. A másodikból mind az ötöt elvesztették, de kezelésük számos tapasztalatot eredményezett. Az utóbbiak mindegyike jól viselte el a műtét megterhelését, nem halt meg egyik sem a 12. nap előtt. Az öt közül három égetten másodiklagos műtétként autotransplantációra is sor került és a telepített félvastag bőrháló megapadt. Nem észleltek azonban hámosodást a háló szabad részeiben. Hasonlót tapasztaltak az első csoportban is. Renyhébb volt a hámosodás a háló részeiben, mint a sarjszövetekre történő transzplantáció esetén. Zavartalan volt a megapadás a fascián is, ha „folyamatos félvastag bőrt”, vagy olyan bőrhálót telepítettek ami nem volt expandálva és a háló részei keskenyek voltak.

A tangenciális excisiót Janzekovic és Jackson módszerétől eltérően végezték: 1. Csak harmadfokú égést metszettek ki, a vitális szövetek határáig. 2. Nem a sebkimetszéssel egy időben, hanem csak 6–15 nap múlva, megfelelő előkészítés után került sor a bőrpótló műtetre. Ebből a csoportból egy beteget vesztettek el Pseudomonas sepsis miatt.

A szerzők véleménye szerint mind a „hagyományos”, mind a tangenciális kimetszés előnyösen alkalmazható gondosan kiválasztott égetteken. A „hagyományos” kimetszés céljára legalkalmasabb az elektroscapell vagy a laser. A tangenciális excisióról az a véleményük, hogy az a debridement agresszív módon végzett formája.

Papp Tibor dr.

Nagy kiterjedésű harmadfokú égés kezelése immunosuppresszió mellett végzett ideiglenes bőrátültetéssel. Burke, J. F. és mtsai (Shriners Burns Institute, 51. Blossom Street, Boston, MA, 02114): *Annals of Surgery* 1975, 182, 183–197.

Az utóbbi tíz évben bevezetett új módszerek döntő változást eredményeztek az életveszélyes égési sérülések kezelésében. Kórélettani kutatások és terápiás tapasztalatok nyomán az a vélemény alakult ki, hogy a nagy felületű, nyílt seb okozta metabolikus és bakteriális következmények veszélyeztetik elsősorban az égett életét. A súlyos égett életben maradása attól függ, hogy sikerül-e minél hamarabb megszüntetni a nagy sebfelszínt. A lokális chemotherapiás kezelés bevezetésével lehetőség nyílt a sebfertőzés eredményes kezelésére, ami másodfokú égéseknél nagyobb felszínek spontán hámosodását, súlyosabb égettek életben maradását teszi lehetővé. Mély égések esetén a korai sebkimetszés és bőrpótló műtét végzése a sikeres kezelés feltétele. Ha a mély égés nagy kiterjedésű, akkor a fenti módszerek alkalmazása sem vezet eredményre, mert nem áll rendelkezésre elegendő ép bőrfelszín adó terület céljára. Hasonló volt a szerzők tapasztalata is. 1972-ig lokális chemotherapiás kezeléssel, baktérium mentes környezetet biztosító izolálással és homoiotransplantációkkal sem sikerült életben tartani olyan sérülteket, akiknek az égése meghaladta a testfelület 70%-át.

Az épen maradt kevés adó terület többszöri felhasználásának biztosítása vezette a szerzőket új módszerük kidolgozására. Az általuk ideiglenes bőrátültetésnek nevezett eljárás során a korán kimetszett nekrotikus bőr helyére szövet-típiázás útján legalkalmasabbnak talált hozzátartozóról vett félvastag bőrt transzplantáltak. Az idegen bőr rejectióját immunosuppressziós kezeléssel akadályozták meg. Ezáltal a gyógyulóban levő adó területek kivételével nincs szabad sebfelszín, biztosított az égett homeostasisa. További műtétek során az adó területek ismételt felhasználásával, félvastag bőr átültetésével fokozatosan saját bőrrel cserélik ki az immunosuppresszió védelmében tartósan megapadt idegen bőrt.

Eljárásukkal 11 gyermeket kezeltek. Az égés a testfelület 80–92%-ára terjedt és a harmadfokú égés mindegyiknél meghaladta a 70%-ot. Négy beteget veszítettek el, ami 36%-os mortalitást jelent. Jelen módszerük alkalmazása előtt azonos súlyosságú égetteknek 100% volt a halálozási aránya. Az immunosuppressziós kezelés kezdetben azathioprinnel, később antihymocytá globullinnal történt. Az utóbbi jobb tapasztalataik voltak. A fehérvérsejtszám nem csökkent 5000–3500 alá, biztosítva volt a rejectio elkerülése, de nem észleltek jelentős bakteriális szövödményt.

A súlyos égési sérülést átélt gyermekek mind iskolába járnak, egyikénél sem tapasztaltak funkcionális, vagy emocionális zavart. A kozmetikai eredményt kielégítőnek tartják a szerzők. Csak egyik betegük kezén és egy másiknak az arcán maradt vissza jelentős hegesedés,

amit további rekonstrukciós műtéttel kívánnak megoldani.

[Ref.: A szerzők korábban már beszámoltak az ideiglenes bőrátültetési módszerről. Három súlyosan égett gyermek sikeres kezeléséről szóló közleményről referátum is megjelent az Orvosi Hetilapban (1975, 116, 48.). A most referált cikkben közölt eredmény értékét növeli az a tény, hogy a négy meghalt gyermek közül háromnak légúti égése is volt. A légúti égés pedig kisebb kiterjedésű égések esetén is magas mortalitást eredményez. Kár, hogy sem az előző, sem a mostani közleményben nem közöltek fényképet az égettekről.] Papp Tibor dr.

Thermographia és a traumás kéz.

Dardouc, J. C. (Med. Service du Dr. Villain, Hôpital Boucicaut, Paris): *Annales de Chirurgie Plastique* 1975, 20, 45–51.

A sérült kéz arteriographiás vizsgálata minden veszélytelensége ellenére sokszor elfogadhatatlan a beteg számára, vagy néha a sebész is elutasítja, mivel kórházi elhelyezést és esetenként általános anaesthesiát igényel. Ezzel szemben a traumatizált, rossz keringésű kéz thermographiás vizsgálata könnyen és gyorsan elvégezhető. A bőr hőmérsékletét infravörös sugarakra érzékeny filmen regisztrálják: a kéz és az ujjak színesben, feketében, illetve fehérben láthatók. Minden színnek egy adott hőmérséklet felel meg. A készülék Polaroid, segítségével az eredmények azonnal leolvashatók. A vizsgálat alkalmas égések, phlegmonék utáni „contractura” kezek keringéskárosodásának megítélésére is, míg a friss, gyulladásos esetek a gyulladásos hyperaemia miatt nem értékelhetők.

A szerző hét esetben hasonlított össze a thermographiás és a más intézetben ugyanazon a betegen végzett arteriographiás leletet és a következő összefüggést találta: a normális és mindkét kézen szimmetrikus thermogramm kizárja a durvább vascularis laesiót. A lokális hőmérséklet csökkenése arteriális, emelkedése pedig a vénás keringés romlására, vagy laesióra utal. A keringéskárosodott area a thermographiás felvételen jól körülhatárolható. A lelet birtokában pontosíthatjuk az angiographia indikációját (célzott arteriographia), negatív esetben pedig szükségtelen a költés és időigényes angiographia elvégzése.

Lukács László dr.

Sérülés utáni mellúri izzadmány és eosinophilia. Kumar, U. N., Varkey, B., Mathai, G. (Pulmonary Section, Veterans Hospital, Milwaukee and the Medical College of Wisconsin, Milwaukee, WI, USA): *JAMA* 1975, 234, 626.

Tudomásuk szerint az első olyan mellkasi traumás esetet, mely egyidejűleg pleurális izzadmánnyal és

vérvér-eosinophiliával járt, *Beekman* és *Mtsai* ismertették 1974-ben; most a szerzők hasonló észlelésük-ről számolnak be.

A 68 éves férfi esés következtében megütötte a bal mellkasfelét, 6 héttel később veszik fel, mert azóta keletkezett fájdalmai a szokásos csillapítókra nem reagáltak. Ekkor láztalan volt, de fizikai vizsgálattal a bal interscapularis és axillaris térben tompulatot és csökkent légzést lehetett észlelni, radiológiailag pedig b. o. mellkasi folyadékgyülemet; ugyanakkor törés kizárható volt. Fehérvérszáma felvételekor 7500, 9%-os eosinophiliával; 3 nap múlva pedig 8500 (eo: 12%). Ekkor kórimzési célból 50 ml véresen tingált folyadékot szívtak le, melynek fajsúlya 1031 volt és benne 5,29% fehérje volt kimutatható, valamint mm³-ként 9000 fehérvérsejt, melynek 83%-a eosinophil. Mind az összes tenyésztéses vizsgálat, mind a malignus sejt keresésére végzett cytologia negatív eredményt adott; a tuberculin-próba hasonlóképpen, míg a candida bőrpróba pozitív volt. Ugyanakkor az immunglobulinok mennyiségi szintje normális volt.

A beteget ezután is csak tünetileg, fájdalomcsillapítókkal kezelték — állapot fokozatosan javult. 6 hét múlva teljesen panaszmentessé vált és minden tünete visszafejlődött.

Bár a mellkasi trauma ismert oka az eosinophil pleurális folyadékgyülem keletkezésének, utóbbi igen gyakran más megbetegedés kapcsán fordul elő, mint pl. pneumonia, asthma bronchiale, tüdőinfarctus, szívelégtelenség, malignomák és tbc. Amellett a vérben és mellúri folyadékban egyaránt fellelhető eosinophilia elsősorban az alábbiakra utal: Hodgkin-kór, Löffler-tünetcsoporthoz, polyarteritis, trópusi eosinophilia.

A pleurális folyadékban fellépő eosinophilia pathogenesise nem tisztázott. Mióta ismert, hogy az eosinophil sejteket tartalmazó mellúri folyadékok fele-kétharmada véres, úgy vélik, hogy a vér megjelenése a mellhártyaürrben eosinotactikus hatású. Ezt *Chapman* egérkísérletekkel igazolta is; ugyanakkor közölt, hogy nem véres pleurális folyadékban is lehet igen sok eosinophil sejt és viszont.

A szerzők szerint esetük elsősorban azért tanulságos, mert példája a mellkasi trauma által okozott pleurális- és vér-eosinophiliának, mely bizonyos idő eltelté után spontán rendeződött.

Major László dr.

Szegezés vagy prothesis a combnyaktörések kezelésében? Johnson, T. H., Crothers, O. (4 East Madison Street, Baltimore, Maryland 21202.): J. Bone and Joint Surg. 1975, 57-A, 686—692.

A szerzők 239 combnyaktörött beteg kezelési eredményeit hasonlították össze. Az értékelésben csak

azok a betegek vehettek részt, akik legalább 2 év telt el a kezeléstől. A dislocált combnyaktörések-nél Pugh-féle teleszkópos combnyakszegezettel végeztek osteosynthesist, vagy az Austin—Moore-féle csípőprothesist alkalmazták. A nem dislocált és a beékelte „valgus” töréseknél Knowles szerint tűzést végeztek. A törésgyógyulás és a functionális eredmények a combnyakszegezett csoportban 39,3%-ban (39 eset), Austin—Moore prothesis beültetése után 18,2%-ban (44 eset), Knowles-pinnig után (106 eset) 14,2%-ban voltak elégtelenek. Az egyes csoportokon belül, összevetve a dislocált törések számát és a betegek korát, kiderült, hogy a betegek átlagos életkora és a combfejkeríngést rontó, dislocált törések száma éppen a prothetizált betegek csoportjában volt a legmagasabb (átlagos életkor 80,2 év; 33 dislocált törés). Ezzel szemben a 89 combnyakszegezett beteg közül 63-nak volt dislocált törése — s bár a csoport átlagos életkora 72,2 év volt — ezen szűkebb csoport gyógyeredményei 43%-ban bizonyultak elégtelennek: elsősorban aseptikus fejnecrosis (18 eset) és technikai hiba (14 eset) miatt.

A prothetizált csoportban 6 beteg panaszkodott csípőfájdalomról és 2 esetben észleltek prothesis-dislocatiót.

A szerzők úgy vélik, hogy a magas életkorú dislocált combnyaktörést elszenvedett betegek sikeresebben gyógyíthatók Austin—Moore-féle csípőprothesis beültetésével. A prothesis-plasztika késői eredményei általában kielégítőek. Ezzel szemben a combnyakszegezés eredményei vagy kitűnőek, vagy elkésérítően rosszak. Fiatalabb betegeken, aki esetleges sikertelenség esetén egy későbbi prothesis-beültetés rizikóját is elviseli, a combnyakszegezés indikált. Idősebb, rossz általános állapotú betegeknél, kiknek erősen korlátozott a mozgásigénye, primeren prothesis-beültetés a követendő eljárás. Lukács László dr.

A koponya-agysérültek kórházi kezelésének szervezete. Blumenthal-Barby, K., K. Franke. (Akad. Ärztl. Fortbdg., Städt. Krankenhaus, Pankow, Berlin.): Zbl. Chir. 1975, 100, 1416—1423.

Bár az NDK alkotmánya a lakosság optimális orvosi ellátásának előfeltételeit megteremtette, a kórházi ellátás szervezete még nem mindenben felel meg a követelményeknek, így a koponya-agysérültek vonatkozásában sem.

Az NDK-ban 1969—1974 között évente több mint 30 000 (10 000 lakos közül kb. 18) koponya-agysérült részben kórházi ápolásban. A kórházat el nem ért sérültekkel együtt a halálozás — a javuló szállítási feltételek ellenére — megközelíti a 7%-ot. A helyi (városi, járási) általános kórházakon kívül specializált ellátást nyújtó megyei kórházak,

egyetemi klinikák és orvosi akadémiák kisebb számban vesznek részt a betegellátásban.

Rostock megye 1800 kórházi ágyának 40%-a esik a helyi kórházakra. A koponya-agysérültek megoszlása megfelel az ágyeloszlásnak. A helyi kórházak nemcsak könnyű sérüléseket látnak el, halálozásuk a koponya-agysérülésekben még magasabb, mint a specializált kórházaké.

Az egész országban a koponya-agysérültek 82,3%-a kerül általános sebészeti osztályokra ellátásra, csupán 4,6% traumatológiai, 4,5% gyermek-belgyógyászati, illetve sebészeti osztályon. Idegosztályra került 2,3%, idegsebészetre 0,3%, egyéb osztályra 6% (ide tartozik az intenzív terápiás részleg is, amely a nyilvántartás szerint a belosztályok keretében szerepel). Különösen az idegsebészet alacsony részesedése feltűnő.

A koponyatörötték átlagos ápolási időtartama 20 nap, az intracranialis haematomásoké 12 nap, az egyes megyék közötti eltérések nem jelentősek.

A szerzők a koponya-agysérültek ellátásának további javítása érdekében az alábbiakat látják szükségesnek.

Az idegsebészeti osztályokat nagyobb arányban kell igénybe venni. Ezen ágyak száma elégtelen a traumatológiai ellátásra (különösen, ha a nyaki gerincsérülteket is figyelembe veszik).

Mivel más országokban is a koponyasérültek többségét helyi kórházak általános sebészeti osztályain látják el (könnyű esetben elég néhány napos észlelés, igen súlyos sérült nem szállítható tovább), ezen osztályok ellátási lehetőségét javítani kell:

— koponya-agysérülteket ellátó kórházakban intenzív ellátási lehetőséget kell biztosítani;

— a sebészek idegsebészeti képzettségét emelni kell;

— javítani kell a kórházak technikai felszereltségét (EchoEG, angiographia, EEG);

— mozgó idegsebészeti konzultációt kell szervezni (ez megkímélne a súlyos sérülteket a szállítástól);

— specializált rehabilitációs központokat kell létesíteni a súlyos posttraumás elváltozások kezelésére.

Kazár György dr.

Hogyan függ a traumatizmus az időjárástól? Kosszaja, A. I., I. I. Nickberg, L. A. Zsudina (Kievi Orthopaed Intézet és Kievi Bogomolec Orvosi Intézet): Ortop. Travmat. Protez. 1975, 5, 33—37.

Azt vizsgálták, hogyan hatottak 1969—1970-ben az időjárási tényezők Kijevben a sérülések különböző formáinak gyakoriságára. E célból a mentők 127 837 kiszállási lapját dolgozták fel. A traumatizmus 4 típusának előfordulását vizsgálták (mindennapi élettel összefüggő, közlekedési, közúti, termelési — ipari és mezőgazdasági — valamint

sport sérüléseket). A mindennapi élettel összefüggő balesetek aránya 65,8%, az úti 13,8%, a termelési 12,3%, a közlekedési 4,5%, a sport 3,6%-ot tett ki.

A legnagyobb szezonális ingadozást az úti- és a közlekedési balesetek mutatták. Míg előbbiek a téli hónapokban kiugróan magas és áprilistól novemberig egyenletes arányúak, a közlekedési balesetek száma áprilistól emelkedik és júniustól októberig magas. A termelési és a mindennapi élettel összefüggő balesetek nem mutattak szezonális ingadozást. A napi ingadozások is jelentősek, ebben is szerepe van az időjárási tényezőknek. Különösen a hőmérséklet és változása mutatott korrelációt az úti és közlekedési balesetekkel. Az úti balesetek a hideg, a közlekedési balesetek a meleg idővel mutattak igen jelentős korrelációt. Lényegesen kisebb mértékű volt a levegő nedvességtartalmával és a légnyomással az összefüggés. A balesetek és a frontváltozások között nem találtak korrelatív összefüggést.

Kazár György dr.

Szülészeti-nőgyógyászati

Az endometrium carcinoma hysteroscopiás diagnosisa. Osamu Sugimoto (Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Kyoto University Japan): Am. J. of Obstet. and Gynec. 1975, 121, 105—113.

A szerző a kyotoi női klinikán intrauterin rendellenesség gyanúja miatt 1967 óta folyamatosan végzett hysteroscopiás vizsgálatokról számol be. A több mint 4000 vizsgált beteg közül 1824 jelentkezett rendszertelen vérzéssel ezeken a hagyományos curettage előtt minden esetben elvégezték a hysteroscopiát. Közülük 53 esetben találtak endometrium carcinomát. A betegek életkora 38—51 év között változott.

A vizsgálatokat a Machida cég által gyártott merev csővű, de üveg-szálas betéttel ellátott s külön fényforrással rendelkező eszközzel végezték, melyen külön csatorna teszi lehetővé a méh üregének átöblítését szükség szerint isotoniás NaCl vagy nagy viscositású (32%-os) dextran oldattal. A cervixet a 7-es Hegarig feltágítva vezették fel az obturátorral ellátott eszközt, valamint a belső méhszáj magassága fölé. (Menopausában levő nőknél, ha a cervicalis csatornát szűknek ítélték az előző napon laminariát helyeztek fel). Ezt követően mosták át az uterus ürt konyhasó oldattal vagy dextránnal, egyrészt az ott levő nyák, alvadék, szövettörmelék eltávolítása, másrészt a méhür megfelelő dilatációjának biztosítása céljából. A szerző hangsúlyozza ennek fontosságát a pontos vizsgálat végezhetősége szempontjából az a megjegyzéssel, ahogy ahol a NaCl nem elegendő, a nagy viscosi-

tású dextrán 50—100 Hgmm nyomás alatt mindig megfelelő dilatációt biztosít. (Előnye még, hogy a vérrel nem keveredik és ilyen nyomás mellett sohasem kerül be a hasüregbe.) Az így biztosított feltételek mellett — véleménye szerint — az endometrium ca. több formájának endoscopos képe — melyet számos eredeti felvétellel és magyarázó sémával támaszt alá — olyan jellegzetes, hogy egyedül hysteroscopiával differenciálható. Menopausában levő asszonyokon bizonyos esetekben nehezen ítéltethető meg a tumoros elváltozással közvetlenül határos, helyenként atrophias, máshol éppen hyperplasiás területek.

Tapasztalataik ellenére a végleges diagnosztika természetesen csak szövettani vizsgálat alapján mondható ki. Vizsgálatok kapcsán szövdményt nem észleltek.

Véleményük szerint az eddig „el-felejtett” hysteroscopia, ami csak a méhüri eltérések helyének és kiterjedésének megítélésében kapott szerepet, most már a szemkontroll mellett végzett célzott excisiók fel-leteleinek megteremtésével tovább bővíti az endometrium egzaktabb vizsgálatának lehetőségét. Ezenkívül, idős, leromlott betegeken, akiknek állapota csak irraditációt és gyógyszeres kezelést, vagy csak az utóbbit teszi lehetővé, megoldja a folyamatos és veszély nélküli ellenőrzést.

(Ref.: amellet, hogy az endometrium folyamatainak ellenőrzésére megfelelő módszerek látszik, érdekesnek tartom a cikkekben szereplő laminaria alkalmazását. Ez a nálunk már elfelejtett módszer számos közleményben szerepel az Egyesült Államokban. Válogatott esetekben érdemes lenne nálunk is fontolóra venni, hogy nem jár-e kisebb veszéllyel, mint a Hegarrel való erőszakos tágitása.)

Dobzsevicz Sándor dr.

Ovarialis dermoid cysta salmonella-fertőződése. Sidahmed, H., Hassan, A. (National Health Laboratory, Khartoum Civil Hospital Khartoum, Szudán): Brit. Med. J. 1975, 3, 140.

A máj, lép, hashártya és a csontok salmonella-fertőzései enterális léz kapcsán közismert szövdmények; ugyanakkor ritkán fordul elő ovarialis cysta inficiálódása.

19 éves leánybetegüket 10 napon át láz, hányás és hasi fájdalom gyötörte; ez utóbbi mindössze 24 órája localisálódott egyértelműen az alhasra. Felvételekor elesett, toxikus állapotban van, hőmérséklete 39,4 °C, haemoglobin-szintje 4,3 g/100 ml, fehérvérsejtszáma 42 000. Vizsgálati lelete: a hasban nagy kiterjedésű, érzékeny, csaknem a köldökig érő cystikus terimenagyobbodás, mely a Douglasi kitölti; vaginalis aspiratioval purulens folyadék nyerhető belőle. Kórisme: pelvikus

abscessus, melyet hüvelyen keresztül drainálnak. Ennek váladékából, valamint a haemoculturából salmonella paratyphi A nő ki; a széklet- és vizelettenyésztés eredménye negatív. A Widal-reakció 1:320-as pozitivitást mutat mind az O, mind a H-antigen tekintetében. A kórkép chloramphenicol-kezelésre jól reagált, ellenben, 10 nap múlva részleges relapsus lépett fel: a beteg ismét lázas lett és alhasi fájdalmat kiáltott. Ezért műtét mellett döntöttek, eltávolítva bal oldali petefészek-tömlőjét, melynek bennéből kitenyészthető volt a salmonella paratyphi A. A szövettani vizsgálat dermoid cystát igazolt, melyben egy csomó haj is volt. 15 nap múlva a beteg tünetmentesen távozott, 6 héttel később ismét intézeti felvételre szorult B-vírus okozta hepatargiás coma miatt, de 1 hónap múlva véglegesen gyógyult.

Major László dr.

Gestációs trophoblast tumorok. Brunsch, U., Gallmeier, W. M., Schmidt, C. G.: Dtsch. med. Wschr. 1975, 100, 313.

Három kórkép tartozik a cím fogalomkörébe: mola hydatidosa, invazív mola, és choriocarcinoma, vagy chorionepithelioma. Míg az invazív mola 95%-ban spontán meggyógyul, addig a kezelés nélküli choriocarcinomák 100%-a halállal végződik. Hysterectomiát és adnexectomiát követő chemotherapy után az 5 éves túlélés kb. 35%. Spontán remissziókról gyakran számolnak be.

A choriocarcinoma klinikai képe nagyon sokféle. Magrath és mtsai 179 esetből 49-ben nem találtak gynaecologiai tüneteket. 39 esetben tüdő, 10-ben agyi metastasis volt az első jel. Egy-egy esetben melaena, haematuria, ill. retroperitonealis tumor volt az első diagnosztikus tény. Az uterus infiltrációját követő spontán perforáció miatt gyakori a masszív hasüri vérzés. A choriocarcinomas betegek felében megnagyobbodott ovariumokat találunk luteincystákkal.

1954 óta szinte egyeduralgkodóvá vált a choriocarcinoma kezelésében a folsav antagonistá methotrexat. Használatos még elsősorban alternánsként a dactinomycin, 6-merkaptopurin, chlorambucil és a vincristin. Sok séma ismert, melynek lényege a methotrexat és a másik 4 szer felváltott alkalmazása. A kezelés időtartama individuális.

Hammond és mtsai a betegséget prognosztikai szempontból 2 csoportra osztják: rossz a prognózis, ha a HCG titer 100 000 IE/24 órák vizelet felett van, ha a betegség 4 hónapnál tovább persistál, ha a betegnek máj, vagy agyi metastasisa van; jó a prognózis, ha a methotrexat monoterápiára regressio mutatkozik.

Mola hydatidosa után 2 hónapig 2 hetente, majd 6 hónapig havonta ellenőrzendő a HCG titer. Ezen idő

alatt az anticonceptio kötelező. Egy éven belül újabb terhesség nem ajánlatos. Ugyanígy javasolt a mellkas röntgen-kontrollja és az uterus-hüvely gynaecologiai vizsgálata. Az újabb terhesség esetén 6 hónapig havonta ellenőrzendő a HCG titer. Profilaktikus chemotherapia nem indokolt.

Inzaviv mola esetén az eljárás a fentiekkel megegyezik. Ha 4–6 hónap után a HCG titer 25 000 IE/24 óra vizelet alá nem csökken, úgy a chemotherapia kötelező.

Choriocarcinománál a chemotherapiát azonnal megkezdjük. 5 napon át 15–25 mg methotrexat/nap parenteralisan, vagy 0,5 mg dactinomycin iv. adható. A kúrát legkorábban 7, legkésőbb 14 nap múlva megismételjük. Hysterectomia masszív vérzés, gyermek utáni vágy hiánya vagy maradványtumor esetén indokolt.

Gyógyulás után újabb terhességnek nincs kontraindikációja, nem gyakori sem a koraszülés, sem a fejlődési rendellenesség. Chemotherapiával kombinált sugárkezelés, csak agyi metastasis esetén jön szóba.

Doszpod József dr.

A terheseknek adott betamethason hatása a foetoplacentalis egység hormonegyensúlyára. Ohlander, S. A., Gennser, G. M., Grennert, L. necology, Allmänna Sjukhuset, S-21 401 Malmö, Sweden): American J. Obstet. Gynecol., 1975, 123, 228.

A terhességben alkalmazott corticosteroid-kezelés jól szolgálja az újszülöttkori respirációs distressz szindróma (IRDS) megelőzését, egyúttal azonban magában rejti annak veszélyét, hogy általa megbonthatjuk a foetoplacentalis egység endocrin statusának élettani egyensúlyát.

A szerzők 19 terhesnek három napon át napi 12 mg betamethason adtak — terhességük III. trimesterében. A megfigyelési időszakban legalább két ízben végeztek amniocentesist. A 13 fős kontroll csoport eredményeivel összevetve azt tapasztalták, hogy a betamethason-kezelés hatására kifejezetten csökkent az anyai serum cortisol-szintje, szignifikáns és következett be a magzatvíz cortisol-koncentrációjában is ($p < 0,05$). Az anyai vizelettel 24 óra alatt ürített oestriol mennyisége jelentősen csökkent, erős korrelációban az alap oestriol-koncentrációval ($r = 0,945$). Nagy dózisú betamethason ellenére sem süllyedt azonban a „maradék oestriol excretio” 2 mg/24 óra alá. A változatlan, „maradékot” kitevő oestriol-mennyiség eredetére nézve multifaktoriális, részben nem mellékvese eredetű oestriol praecursorok, részben pedig adrenocorticotrop hormon stimulációjára a magzati mellékvesében keletkezett inhomogen oestrogen-produktumok az összetevői.

Az IRDS kivédése céljából alkalmazott corticosteroid-kezelést követően a foetoplacentalis egység állapotának megítélésére használatos vizelet-oestriol vizsgálat értéke elveszti realitását. A szerzők megfigyelése szerint továbbra is értékelhető eredményeket ad a lepényi somatomammotropin-meghatározás.

Kísérleti csoportjukban a betamethason kezelés rovására írható koraszülést, vagy akár a szülés időpontjának antepónalódását nem tapasztalták.

Berkő Péter dr.

Prostaglandinok mint abortívumok — a jelenlegi álláspont. Brenner, W. E. (Department of Obstetrics and Gynecology, School of Me-

dicine, University of North Carolina at Chapel Hill, — North Carolina 27 514): American J. Obstet. Gynecol., 1975, 123, 306.

A szerző igen terjedelmes irodalmi anyag feldolgozásával, összességében közel kétfélmillió legálisan elvégzett művi vetélés adatait rendszerezte (USA). Átfogó képet ad a szülész és nőgyógyászok armamentáriumban napjainkban jelentős helyet kiérdemlő prostaglandinok történetéről, kémijáról, élettani és kóros folyamatokban játszott lehetséges szerepéről. Ismerteti az amerikai kutatók és klinikusok természetes prostaglandinokkal és azok analógjaival nyert általános tapasztalatait. A prostaglandinok alkalmazási területe: postcoitalis contraceptio, menstruatio-regulatio, első- és második trimesterbeli abortusok indukálása, praeeoperatív cervix-dilatatio és szülésindítás intrauterin elhalt magzatok esetében. Összehasonlító értékelést ad a prostaglandinok és egyéb hasonló céllal alkalmazott kezelési formák terápiás hatásait, mellékhatásait és veszélyeit illetően. Legszélesebb körben alkalmazott szer a PGF_{2a} (Prostin F_{2a}, FDA; 5 mg/ml).

Összegezve a kutatások és a klinikai gyakorlat eddigi eredményeit, megállapítja: 1. a prostaglandinok feltétlenül helyet érdemelnek a szülészeti-nőgyógyászati fegyvertárban, 2. különös jelentőségük van a II. trimesterbeli művi abortusok indukációjában, más eddig ismert proceduráknál hatásosabb, kényelmesebb és a gestációs időszak szélesebb időperiódusában alkalmazható gyógyszerek, 3. a postcoitalis contraceptióhoz, a vérzészavarok korrigálásához és az I. trimesterbeli abortusok indukálásához az eddig megismert természetes prostaglandinoknál szignifikánsabb hatású analógok kifejlesztésére van szükség.

Berkő Péter dr.

Rövid határidővel, olcsón, szakszerűen vállaljuk

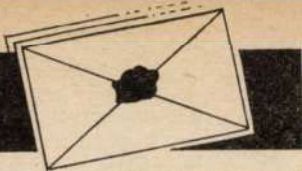
a ROVAROK és RÁGCSÁLÓK irtását

Szerződés esetén árendgéményl

„AGROTAP” Önálló Közös Vállalkozás. (Rovarirtó részleg)

Budapest XIV., Lumumba u. 209.

Telefon: 630-985.



A gyógyszerellátás egyes problémái.

T. Szerkesztőség! Közismertek, és már nemcsak a szakmai, hanem a napilapok és havi folyóiratok visszatérő témájaként szerepelnek azok a cikkek, amelyek — nem kis részben laikusok tollából — a hazai gyógyszerhiányról szólva a legkülönbözőbb hangvételű tárgyalják ennek a kétségtelenül való problémának különböző kihatásait, melyek széles körben okozhatnak rossz közérzetet. Fontosnak tartjuk, hogy az Orvosi Hetilap hasábjain keresztül az egyik elsősorban érdekelt szakember, a gyógyító orvos számára is összefoglaljuk a gyógyszerellátással kapcsolatos időszerű kérdéseket.

A tárgyilagos helyzetképhez elsősorban is szükségesnek látszik annak rögzítése, hogy a gyógyszerellátásban mutatkozó zökkenők egyáltalában nem mai keletűek. Azok az orvosok és gyógyszerészek, akik ma a nyugdíjkorhatárt töltik be, egész működésük során találkozhattak a legkülönbözőbb jellegű nehézségekkel az ellátásban, hiszen kb. 1940 óta teljes választékú korlátlan gyógyszerkínálat hazánkban soha nem volt. Itt is, és a továbbiakban is hazai gyártású készítményekre gondolunk.

Ez a megállapítás azonban távolról sem jelenti azt, hogy a második világháborút megelőző évtizedekben a gyógyszerellátás — a beteg oldaláról nézve — kifogástalan lett volna. A különbség azonban jelentős. Míg az utóbbi három és fél évtizedes periódusban a nehézségek — a háború után — elsősorban a kereslet nagyfokú megnövekedésére vezethetők vissza, addig az azt megelőző évtizedekben — de nyugodtan mondhatunk évszázadokat is — részben a fizetőképes kereslet hiánya miatt nem kapták meg a betegek a számukra szükséges gyógyszert, részben pedig az ehhez szükséges műszaki-technológiai feltételek sem fejlődtek ki. Azóta pedig, amióta a szakmai-technikai nehézségek leküzdhetők voltak — gondolok itt a XX. század első harmadára —, a társadalmi és politikai viszonyok miatti szociális ellátatlanság akadályozta a lakosság gyógyszerellátását.

Az ellátási problémák fokozódása. Felvetődik azonban az a kérdés, hogy a gyógyszerellátásban mutatkozó nehézségek problematikája miért éppen napjainkban vetődik fel hangsúlyozottabban. Kétségtelen, hogy az ún. hiánycikkek száma ténylegesen növekedett 1975-ben. Emellett azonban a kérdés élesebb felvetése véleményem

szerint arra is visszavezethető, hogy az utóbbi években sok területen ugrásszerűen javult a lakosság ellátása. Ez nyilvánvalóan növeli a kontrasztot. Emellett az sem hagyható figyelmen kívül, hogy a lakosság igényei évről évre emelkedő tendenciát mutatnak.

A gyógyszerfelhasználás (-kereslet) növekedéséhez hozzájárulnak egyes objektív tényezők, így elsősorban

- a társadalombiztosításba bevontak számának növekedése (1975. július 1. óta „állampolgári jog”);
- a gyógyszerkincs, a választék bővülése;
- a gyógyító munka színvonalának növekedése;
- az átlagéletkor meghosszabbodása;
- a felvilágosítás, népszerű kiadványok propagáló hatása; mind többen „követelik” a gyógyszerek felírását az orvostól stb. stb.

Adminisztratív korlátozó intézkedések. Az egészségügyi kormányzat igyekezett a hiányok leküzdése érdekében különböző adminisztratív (korlátozó) intézkedések útján a szükséges gyógyszer mennyiséget a valóban erre rászorulóknak számára biztosítani. Ilyen intézkedés volt pl. egyes anyagok, gyógyszerek kézi eladásának korlátozása, más szóval a vénykötelezettség bevezetése. A statisztikai adatok azt bizonyítják, hogy — különösen a hagyományosan is kézi eladásban (szabadon) kiadható cikkek esetében — az ilyen jellegű intézkedéstől nagy eredmények nem várhatók. Ezt a legjobban az bizonyítja, hogy amikor ellenkező előjelű intézkedés történt (pl. a citromsav és a borkősav korábbi vényhez kötöttségét megszüntették és azt minden gyógyszerár kézi eladásban is kiadhatta), a tényleges fogyasztás egyáltalán nem nőtt meg a várt mértékben.

A betegek felesleges küldözgetését lenne hivatott megelőzni a 40/1958. (Eü. K. 19.) Eü. M. sz. utasítás 8. §-ának (3) bekezdése, amely d) pontjában azt szabja meg a rendelő orvosok számára, hogy „minden esetben csak forgalomban levő, valóban beszerezhető gyógyszert szabad rendelni”. Ha ezt az utasítást betartanák (és egyáltalán be lehetne tartani), akkor elméletileg nem volna szabad a gyógyszerárban hiánycikkek lennie. Az utasítást azonban — éppen betarthatóságának nehézségei miatt — szinte senki sem veszi komolyan, annak ellenére, hogy a már hivatkozott jogszabály 11. §-ának (4) bekezdésében már az az előírás is szerepel, hogy egy

(azonos) vényúrlapon két gyógyszerfelírás csak akkor rendelhető, „ha a vényt író orvos biztosan tudja, hogy mindkét gyógyszer egyidejűleg minden gyógyszerárban beszerezhető”. Ezeknek az előírásoknak a betartása azt követelné meg, hogy a vényt író orvos szinte naponta a legszorosabb kapcsolatot tartsa a körzetébe eső gyógyszerárakkal; a rendelkezésre álló gyógyszerkincs spektruma azonban még ennek feltételezésével sem tenné lehetővé minden esetben a hiányok áthidalását.

Az adminisztratív intézkedések közé kell sorolnunk azt is, amikor az országgyűlés előző ciklusa idején a szociális és egészségügyi bizottság tárgyalta a gyógyszerellátás problémáit és olyan határozatot hozott, hogy egyes nagy fontosságú gyógyszerfelírásokból a mindenkori ellátottság biztosítását egy magasabb készletszinttel kell elérni, így közelítve meg azt a kívánalmat, hogy e kijelölt cikkek-ből hiány sohasem keletkezzék. A gyakorlatban ez az intézkedés sem hozta meg a hozzáfűzött reménynek megfelelő eredményt. Nem is nagyon valószínű, hogy ilyen út — ami nem más, mint a *gyógyszerek rendelkezésre álló választékának erőteljes leszűkítése* — megoldhatná a kérdést, hiszen ez azt feltételezné, hogy a választékot oly mértékben kellene leszűkíteni, ami az indikációs területek oldaláról nézve csak egészen rendkívüli viszonyok között képzelhető el. Könnyen járhatna egy ilyen intézkedés azzal a káros következménnyel is, hogy a kijelölt, szűkített listában *nem* szereplő készítmények jelentős része a forgalomból gyakorlatilag teljesen kieshetne. E kérdés megítélésakor nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt a tényt sem, hogy a hazai forgalomban levő gyógyszerkincs — akár szocialista, akár kapitalista összehasonlításban — egyáltalában nem túlzott, sőt: a szakemberek jelentős hányadának véleménye szerint inkább bővítésre szorul.

Ugyancsak az adminisztratív intézkedések egyik kézenfekvő lehetősége: az *export szállítások leltárása*. Azonban csak egy laikus hiheti azt, hogy ezzel a módszerrel lényeges javulást lehetne elérni a hazai gyógyszerellátásban. Eltekintve attól, hogy az export és a belföldi fogyasztás választékban messzemenően nem fedi egymást, az ilyen intézkedés sok tekintetben inkább rontaná mint javítaná a hazai ellátást. Ismeretes, hogy gyógyszeriparunk exportja jelentős szerepet tölt be a magyar népgazdaság egyensúlyi helyzetének fenntartásában és megszilárdításában. Éppen e jelentékeny gyógyszerexport tette lehetővé azt, hogy a különböző fejlesztések, licencvásárlások, nemzetközi együttműködések eredményeként számos korszerű, modern kiszerelésű és

nagy hatóértékű gyógyszerkészítmény legyen hozzáférhető hazánkban is minden arra rászoruló számára.

Az előzőekben a teljesség igénye nélkül említett — be nem vált, vagy járhatónak nem látszó — utak felsorolásával természetesen nem jutottunk közelebb a megoldáshoz, arra azonban alkalmas e vázlatos áttekintés is, hogy a különböző tévhitek által táplált véleményeket megingassa.

Néhány objektív nehézség. Nyilvánvaló, hogy a megoldás keresése során elsőként vetődik fel az ellátás kulcskérdése: az *időfaktor*. A gyógyszerértárhoz több lépcsőfokon keresztül vezet a gyógyszer útja az előállítótól, de maga a gyártó vállalat is nemcsak különböző nyersanyagait és eszközeit szerzi be a legkülönbözőbb — hazai és külföldi — szállítóktól, hanem a végtermék kibocsátásához szükséges egyéb anyagokat is (pl. csomagolóanyagokat). A csomagolóanyag pedig nemcsak sokféle nyersanyag, hanem jelentős részben nyomdai kapacitás kérdése is. Megállapítható, hogy az alig ezer hazai gyári készítményt kitevő gyógyszerkincs kiindulási és segédanyagainak a száma legalább egy nagyságrenddel nagyobb. Szinte elképzelhetetlen, hogy tízezres mennyiségben minden anyag és eszköz pontosan és időben rendelkezésre álljon mindenkor és minden körülmények között. De e kérdés *jogszabályi* rendezése sem látszik kielégítőnek. A gyógyszerellátással kapcsolatos alap jogszabály az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény. Az ennek végrehajtásáról, valamint az egészségügyi miniszter jogköréről szóló 16/1972. (IV. 29.) M. sz. rendelet (az ún. végrehajtási utasítás) úgy rendelkezik, hogy:

23. §: Az egészségügyi miniszter állapítja meg, hogy mely anyagot, terméket vagy készítményt kell gyógyszernek tekinteni, illetőleg gyógyszerhez hasonló elbírálás alá vonni.

24. §: A lakosság gyógyszerellátásának biztosítása érdekében az egészségügyi miniszter megállapítja a lakosság gyógyszereszkükségletét.

A gyógyszereszkükséglet biztosításáért a belföldön előállított gyógyszerek tekintetében az ágazati miniszter és az egészségügyi miniszter, a külföldi gyógyszerek tekintetében a külkereskedelmi miniszter és az egészségügyi miniszter együttesen felelős. A gyógyszerek előállításához és csomagolásához szükséges anyagok (üveg, papír stb.) biztosításáért az anyagot előállító felett felügyeletet gyakorló miniszter felelős.

Mindezek a jogszabályok már sejtetik, hogy a kérdés rendkívül összetett és nem problémamentes. Az ágazati miniszter ugyanis a belföldön előállított gyógyszerek tekintetében a nehézipari minisz-

ter, viszont a gyógyszerek csomagolásához szükséges anyagok több más minisztérium irányítása alatt álló vállalat között oszlanak meg.

Az említettekkel azonban még nem soroltuk fel az összes szerveket, amelyek feladata a gyógyszerellátás biztosítása. Kétségtelen ugyanis, hogy a folyamatos ellátáshoz nélkülözhetetlen a kellő mennyiségű forintfedezet; e hitelbiztosítás pedig az illetékes bankok, illetve a Pénzügyminisztérium hatáskörébe tartozik.

Az egész kérdés egyik sarkalatos nehézsége az, hogy amíg a gyógyszer olyan különleges cikk, amelynek a gyártás nem a megrendelő és a gyártó szabad egyezkedésének tárgya, hanem a megrendelés esetleges visszautasítását erre illetékes döntőbizottság jogosult elbírálni, és jogosult a megrendelést létrehozottnak minősíteni, ezzel bizonyos fajta szerződés-kötési kényszert gyakorolni, addig ugyanez a jog és hatáskör a legkisebb mértékben sem áll fenn a gyógyszereket előállító ipari üzemek és az őket kiszolgáló csomagolóanyag-, doboz-, fiola-, üveg-, műanyaggyártó vállalatok, vagy akár nyomdaipari vállalatok részéről. Ez utóbbiak tehát minden következmény nélkül utasíthatják el a szállítási szerződésre való felhívást, és nincsen olyan hatóság, amely erre őket jogszerűen kényszeríthetné.

Ebből is adódik az a sokszor ismétlődő nehézség, hogy a megtermelt készáru a gyógyszergyárban hever, és nincs meg a szükséges csomagolóanyag, ami a kiszállításához, illetve a kiszállításához nélkülözhetetlenül szükséges. Ide tartozik még annak a megállapítása is, hogy a gyógyszereknek nemcsak a formáját és az összetételét, de még a csomagolásnak a módját és az esetleges kísérő szöveget is pontosan és szigorúan megszabott jogszabályok és előírások határozzák meg, amelyektől eltérni csak hatósági előzetes engedéllyel lehet.

Az előzőekből következik, hogy viszonylag *magas készletszintet* állapítottak meg az illetékes szervek a végtermékre vonatkozóan, éppen abból a megfontolásból, hogy az elkerülhetetlen ellátási nehézségek áthidalhatók legyenek. Ez a készletszint néhány évvel ezelőtt 210 napi szükséglet volt, melyből 140 napit decentralizáltan, a 20 megyei (fővárosi) gyógyszerértárhoz központnál, 70-et pedig az e központokat ellátó országos nagykereskedelmi vállalatnál, a GYÓGYÉRT-nál tároltak. Részben a gazdasági szabályzók hatására e készletszint az évek során fokozatosan — 1975. I. félévére a gyógyszerértárhoz központok átlagában 116 napra, a GYÓGYÉRT-nál 52 napra — csökkent.

Az elmondottakból az következ-
nék, hogy az ideálisabb és koráb-
ban biztosított készletszintre kel-

lene újra *feltölteni* a készleteket. Erre azonban sem a gyógyszerértárhoz központok, sem a GYÓGYÉRT pénzügyileg nem képes fedezetet biztosítani, az állami költségvetési juttatás pedig — bár 1975 júliusában jelentős volt és 1976-ban is várható — a feltöltést teljes egészében nem vállalhatta.

Nem hagyható figyelmen kívül e kérdés megítélésében az sem, hogy a gyógyszerforgalom éves növekedése gyorsuló tendenciájú. Azelőtt 10% körül növekedett évente, de az utóbbi években a növekmény 12% volt. Az ennek megfelelő készletszintbővítés megvalósításának már nemcsak pénzügyi, hanem a legszorosabban értelemezendő fizikai akadályai is vannak, nevezetesen: nem áll rendelkezésre megfelelő méretű raktárterület, sem pedig szakképzett dolgozó, aki e nagy értékű és különleges elbárást kívánó készleteket gondozza.

Abban az esetben tehát, ha a költségvetés biztosítaná a korábbi szintnek megfelelő készletnövekményt fedezetét, úgy az ennek elraktározására szolgáló objektumok beruházási költségeit is egyidejűleg — sőt korábban — finanszírozni kellene.

A nehézségek fokozódásában az is közrejátszik, hogy a hazai gyártó művek — egyébként helyes és indokolt költségcsökkentési céloktól vezérelve — fokozatosan csökkentették az éves szállítások ütemnapjait, különösen a kisebb volumen képviselő készítményekből. Más szóval: egyre több azon cikkek elemeknek a száma, amelyeket a gyárilap régebben havonta vagy negyedévenként, most pedig negyed- vagy félévenként csak egyetlen alkalommal gyárt, ill. szállít le.

E tekintetben a megoldás útja semmiképpen sem arra mutat, hogy a gyárilap a gazdaságtalan termelés irányába kényszerítse valamelyik erre jogosult kormány szerv. Ellenkezőleg: meg kellene keresni e nagyüzemileg gazdaságtalan termékek középüzemi szintre való áttételének módját. Erre igen konkrét és részletes elképzelések vannak, csak éppen a döntés hiányzik.

Talán nem érdektelen annak megemléke, hogy a szocialista importból származó készítményeknél a megrendelés és a szállítás közötti átfutási idő általában lényegesen hosszabb, mint a hazai gyógyszereké.

Gyógyszerek egymással való helyettesíthetősége. Már évtizedes vita a különböző gyógyszerkészítmények egymással történő helyettesíthetőségének rugalmasabb jogszabályi rendezése. A jelenleg érvényben levő tételes lista azt a kötelezettséget rója a gyógyszer-tárra, hogy a jelentkező beteg számára köteles felajánlani a listában szereplő aktuálisan be nem szerezhető gyári készítmény magisztrálisán történő elkészítését.

Ez a megoldás több szempontból sem kielégítő. Egyrészt a lista összeállítása nem tükrözi sem a szükségleteket, sem a lehetőségeket. Így számos olyan készítmény nem szerepel benne, amelynek a helyettesíthetősége teljesen egyenértékűen megoldható volna. Pl. Sevenal tbl., Novopan tbl., Codein hcl., Papaverin tbl. stb. Más oldalról viszont az ily módon fokozódó magisztrális gyógyszerkészítő tevékenység ellátására — különösen a fővárosban és egyes ipari centrumokban — nincs meg a szükséges gyógyszerügyi szaklétszám.

De a merev jogszabályok még azt sem engedik meg, hogy az összetételben és hatásban teljesen azonos gyári készítmények egymással helyettesíthetők legyenek. Így pl. tilos a B₁-vitamin tbl. 10 mg-os kiszerezésének hiánya esetén kétszer annyi 5 mg kiszerezést kiadni, jöllehet itt nemcsak az összetétel, de még az ár is egészen pontosan arányos (20×10 mg = 12,— Ft, 20×5 mg = 6,— Ft).

Majdnem hasonló a helyzet a Prompticillin injekcióval, amelyből a 400 000 E csomagolás 12,20 Ft, a dupla hatóanyagot tartalmazó 800 000 E kiszerezés pedig mindössze néhány fillérrel kevesebb a dupla árnál: 23,70 Ft. Ennek ellenére egymással — jogilag — nem helyettesíthetők.

Az illetékesek előtt már többször feküdt olyan javaslat, hogy e kérdés megítélésében olyan koncepciót kellene követni, amely a gyógyszerészt felhatalmazná arra, hogy az egymással egyenértékűen cserélhető, helyettesíthető gyógyszerek esetében ezzel a lehetőséggel messzemenően éljen.

Következtetések. Szembe kell néznünk azzal a ténnyel, hogy a gyógyszerellátásnak a lehetőségektől elmaradó javulásának folyamata akkor kezdődött meg, amikor az egészségügy egységének — egyébként helyes és követendő — célkitűzésének megvalósítása során a volt Országos Gyógyszerügyi Központot, ill. jogutódját, az Egészségügyi Minisztérium Anyagellátási Igazgatóságát megszüntették, miáltal az operatív feladatok egy része gazdátlan maradt. El kell jutnunk oda, hogy belássuk: ez az intézkedés hibás volt, mert az egészségügynek csak formai, de nem tartalmi egységet sikerült vele biztosítani és a gyógyszerellátás ettől az intézkedéstől nem javult. Napjainkban, amikor a gyógyító-megelőző szervezet új integrált egységeinek kialakítása a kitűzött cél, egyre nyilvánvalóbbá válik, hogy ennek az integrált szervezetnek a kialakítását sok helyütt éppen a közigazgatási határok által megszabott illetékességi jogkörök

akadályozzák. Azzal is tisztában kell lennünk, hogy ebbe az új szervezetbe a szorosan vett gyógyszerellátás nem látszik beilleszthetőnek.

A gyógyszerellátás sok ezer összetevőjéből kialakuló feladatának optimális irányítása csak számítógép-technikával oldható meg. Ez az egyetlen reális alternatíva, mert a végtelenségig nem növelhetők a készletek. Belátható időn — 15—20 éven — belül ugyan irreális kíváncsálgatni minden gyógyszer-tár mindenkor készletét ismerni, de reálisan megvalósítható a közelebbi jövőben is az a kíváncsálgatás, hogy a 20 megyei (fővárosi) raktár napi készletének összege és a GYÓGYÉRT hasonló adatának ismeretében olyan időpontban lehessen a gyógyszerforgalmazásban jelentkező tendenciákat felismerni, amikor az előzőekben tárgyalt időfaktor még nem leküzdhetetlen. Biztosra vehető, hogy ez az út a gyáripár egyetértésével is találkozná, hiszen az optimális programozás közös érdek.

Mindehhez azonban a nélkülözhetetlen kiindulási alap: a gyógyszerellátás mainál alkalmasabb, koncentráltabb szervezeti formájának megteremtése.

Kempler Kurt dr.

STUGERON tabletta

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 25 mg cinnarizint tartalmaz.

HATÁS

A Stugeron kifejezetten gátolja a különböző vasoaktív anyagok (adrenalin, noradrenalin, dopamin, angiotensin, vasopressin, histamin, serotonin, bradikinin, nicotin) hatását. Ezen anyagok ismétlődő érzéketlenséget okozó hatásának fontos szerepet tulajdonítanak az atherosclerosis kialakulásában. A Stugeron ezen felül fokozza az erekben áramló vér mennyiségét, javítja a szövetek vérellátását, spasmolitikus hatást fejt ki az érfa simaizomzatára. A vérnyomást gyakorlatilag nem befolyásolja. Csökkenti a labyrinthus ingerlékenységét.

JAVALLATOK

A cerebrális keringés zavarai: arteriosclerosis cerebri, apoplexia és cerebrocraniális sérülések utókezelésében, egyensúlyzavarok, migraine. A perifériás erek megbetegedéseiben (Buerger-kór, Raynaud-syndroma, diabetes, acrocyanosis) a claudicatio intermittens, paresthesia, trophicus zavarok kezelésére.

ELLENJAVALLAT

Ez ideig nem ismeretes.

ADAGOLÁS

Naponta 3×1, vagy 3×2 tabletta hónapokon keresztül, rendszeresen. Érzékeny betegeknél ajánlatos a kúrát napi 3×1 tablettával kezdeni és fokozatosan emelni az adagot.

MELLÉKHATÁS

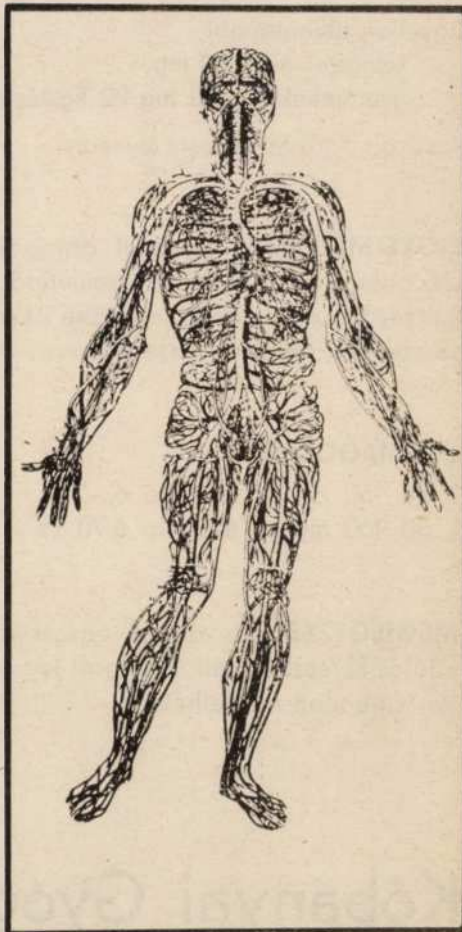
Az átlagosnál nagyobb adagok alkalmazásakor előfordulhatnak: enyhe somnolentia vagy gastrointestinalis zavarok, amelyek az adag csökkentésére néhány nap múlva spontán megszűnnek.

MEGJEGYZÉS

† Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján arteriosclerosis cerebri, apoplexia és cerebrocraniális sérülések utókezelésére fekvőbeteg-gyógyintézetek javaslatára rendelhető. Egyéb agyér-megbetegedésben és a perifériás erek megbetegedésében szakrendelések rendelhetik, illetőleg javaslatokra rendelhető.

CSOMAGOLÁS

50 tabletta 26,90 Ft.
200 tabletta 98,70 Ft.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

PH

2215

DECARIS

Anthelminthicum

1 tabletta 150 mg, illetve 50 mg levamisol-ot tartalmaz.

Bénítja az orsóféreg, a fonalféreg garatizomzatát, ezáltal a paraziták képtelenek a bélnyálkahártyába kapaszkodni és erőtelenül, a természetes bélmozgással ki-sodródni a bélcsatornából.

JAVALLATOK: Ascariasis, horogféregfertőzések.

ELLENJAVALLAT: Ez ideig nem ismeretes.

Egyetlen alkalommal
 felnőtteknek 150 mg,
 gyermekeknek 50 mg/20 kg-testsúly.

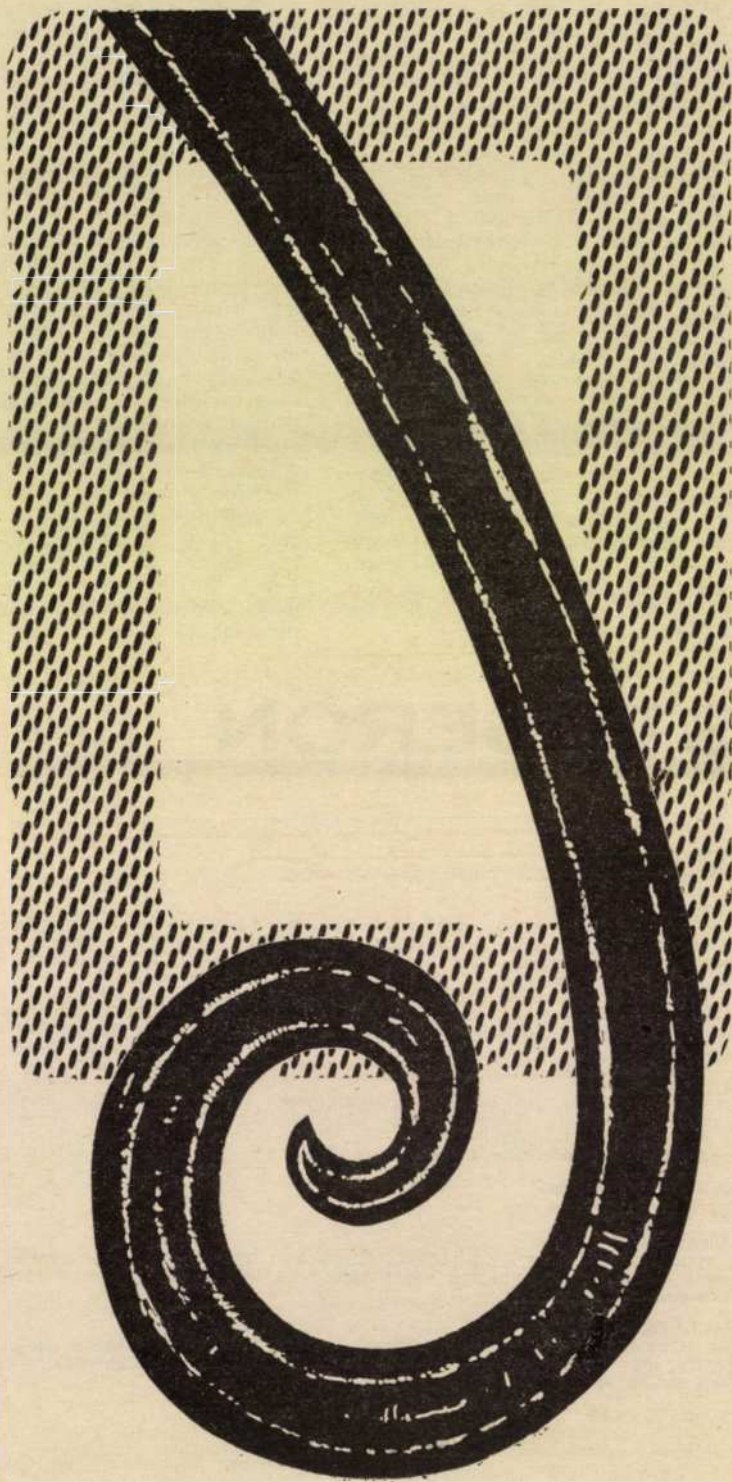
Javasolt a tablettát este bevenni.

FIGYELMEZTETÉS: Lipophil anyagoknak Decarissal együtt adása kerülendő. Alkalmazásakor és utána legalább 24 óráig szeszes ital nem fogyasztható.

CSOMAGOLÁS:

2 db 50 mg-os tabletta 6,- Ft
1 db 150 mg-os tabletta 6,70 Ft

MEGJEGYZÉS: Az állami egészségügyi ellátás keretében, állampolgári jog alapján szabadon rendelhető.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Ocklitz, H. W., Mochmann, H., Schneeweiss, B. (Kiadók): **Infektiologie. Teil I—II.** VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1974. 614 oldal, 87 ábra, 47 táblázat. Ára: 26 DM.

Az előszóban a kiadók (együttal szerzők is) kifejtik, hogy a 24 szerző, akik a fertőző betegségek klinikusai és a társtudományok szakemberei, az NDK számos intézetének professzorai, főorvosai és kutatói — eltérően a fertőző betegségekkel foglalkozó számos tankönyvtől, kézikönyvtől — megkísérelték az alapvető ismereteket és a legfontosabb összefüggéseket korszerű, egységes szemléletbe ötvöztetve megírni. Ahol csak lehetséges volt, igyekeztek közös álláspontot képviselni. A fejezeteket és az egyes betegségeket legtöbbször 2—3 szerző írta meg. Mindezek alapján a könyv integráltan nyújtja a fertőző betegségek klinikumát, az elméleti rokonszakmák és a gyakorlat tudnivalóit, ami a könyv címében is kifejezésre jut. „Nachschlagebuch”-nak szánták, amelyből bármely orvos jól tájékozódhat.

Az I. kötetben az első főfejezet az *általános infectiologia*, amely négy alfejezetre oszlik: 1. a kórokozó és az infectio, 2. az individuum és az infectio, 3. a fertőző betegségek szociális és társadalmi aspektusai, 4. a fertőző betegségek leküzdése. A második főfejezet — *speciális infectiologia* — a vírus-, a rickettsia, a chlamydia és a mycoplasma betegségeket tartalmazza.

Az *általános infectiologia* alfejezeteiben, az alapfogalmak pregnáns definíciója mellett, a legnagyobb figyelmet az infectiós immunitás tényezőinek és összefüggéseinek tárgyalására fordították. A komplikált folyamatok leírásában egyszerűsége törekedtek, szem előtt tartva a könyv azon célkitűzését, hogy a gyakorló orvos infectologiai szemléletét kívánják tágítani, a legújabb megismerésekkel pedig nemegyszer megalapozni. Vitatott témáról, kutatási irányról csak ott van szó, ahol az a haladás irányába mutat vagy az eredmények már reményt keltők. Az olvasó hasznára válik az is, hogy szorosan összefüggő folyamatokat didaktikus célból elkülönítve ismertetnek, de utalnak arra, hogy az elkülönített tárgyalást összefoglalás és a gyakorlati alkalmazás leírása követi majd. Az elméleti alapok kifejtése során gyakran alkalmaznak konkrét példákat, nemegyszer anticipálva a részletes infectologia egyes fejezeit; pl. a vírusneutralizáló anti-

testek szerepét a specifikus resistenciában az influenza, a poliomyelitis és a herpesvírus infectiók példájával illusztrálják. A könyv ezen módszere, bár nem nevezhető újnak, egyrészt azon generáció orvosainak hasznos, akik egyetemi tanulmányaik során a sok hipotézisről értesülhettek csupán, másrészt a fiatalabb orvosoknak is, akik már a szilárd tudásanyagot kapják meg.

A *fertőző betegségek szociális és társadalmi aspektusai* címet viseli az az alfejezet, amelyben a fertőző betegségek epidemiológiája (loimologia), a preventio, a specifikus profilaxis kerül tömör ismertetésre. Jellemző a könyv szemléletére az egyik alfejezet címe: Az epidemiás fertőző betegségek mai jelentősége és az elért eredmények stabilitása. Ebben az alfejezetben megismerhetjük azt, hogy az NDK egészségügyi kormányzata milyen nagy súlyt helyez a preventióra.

A *fertőző betegségek leküzdése* című alfejezetben tárgyalják a szerzők az általános klinikai és laboratóriumi diagnosztikát, különösen hangsúlyozva a gyakorlati tenzivalókat. A „Gyakorlati útmutatások a klinikai diagnózishoz és differential-diagnózishoz” című alfejezet első mondata így szól: „A beteg állapota dönti el az orvos teendőit. Minden életveszélyes állapotban levő beteg nagyon sürgős kezelésre szorul”. A továbbiakban olvashatjuk, hogy a súlyos, septikus kórelmély betegnek legelőször infúziót kell adni, vért kell venni tőle bacteriologiai tenyésztésre és csak aztután kell elvégezni a legszükségesebb vizsgálatokat. Az antimikrobás terápiával foglalkozó alfejezetben közlik az antibiotikus resistenciáról szóló legújabb ismereteket. A tüneti terápiát ma is fontosnak tartják. A preventio keretében a chemoprophylaxisról azt olvashatjuk, hogy csak az adott körülmények alapján gondosan mérlegelt alkalmazásának van értelme. A desinfectió, a sterilizálás, az ectoparasita-irtást jelentőségének megfelelő részletességgel tárgyalják.

A *vírusbetegségeket* — a vírusok legfontosabb morphologiai és biologiai tulajdonságainak ismertetése után — rendszertani sorrendben (DNS, majd RNS vírusok) tárgyalják. Minden betegség leírását definícióval kezdik, majd a hasonló tárgyú szakkönyvekből ismert rendszerben (aetiologia, járványtan, pathologia, klinikum stb.) tárgyalják. Jelentőségüknek megfelelő teret kaptak a fontos kórképek, a himlőt 18, a hepatist 15 oldalon ismertetik; csak az

európai arbovírusinfectiókkal (kulancs-encephalitis, pappataci-láz, dengue-láz) és a sárgalázal foglalkoznak, de kimaradtak az Európában is előforduló haemorrhagiás lázak. Röviden összefoglalják a slow-vírus fertőzéseket is.

A II. kötetben a *bacterialis infectiók* között külön alfejezetet alkotnak a nem járványos fertőzések, amelyek a legkülönbözőbb orvosi szakmák hatáskörébe tartoznak: a rheumás láz, az enterococcus okozta húgyúti infectio, a Streptococcus agalactiae infectio, az extraintestinalis coli-infectiók, valamint a venereás fertőzések és a tbc. Megtalálhatók ebben a kötetben az aeromonas, a yersinia, a moraxella infectiók és a ma már jól diagnosztizálható ritkább kórképek is. Az anthrax terápiája kimaradt az ismertetésből. A tetanus kezelését csak szakintézetben tartják megfelelően kivihetőnek. A bőr-mycosisok mellett tájékozódhatunk a mycotoxicosisokról is. A protozooninfectiók között szerepel a primaer amoebás meningo-encephalitis, a helminthiasisok között pedig az Európába többé-kevésbé behurcolható kórképek is. A betegségek sorát az arthropoda-parazitosisok (scabies, pediculosis, myiasisok stb.) ismertetése zárja le.

Az egyes kórképek leírása során közölt aetiologiai, járványtani, pathologiai, diagnosztikai, terápiás és profilaktikus ismeretek a legkorszerűbbeknek nevezhetők. A gyógyszerek legtöbbször nemzetközi néven kerülnek említésre, a dosisek csak akkor, ha ennek különös jelentősége van.

Igen jó áttekintést kapunk a fertőző betegségek életkorral összefüggő sajátos lefolyási formáiról, a blastogenesisistől kezdve az öregkorig. A „hyperpyrexia syndroma” és a toxikózis elkülönített tárgyalása mesterkéltnek tűnik, mert ezek tünetei jelentékeny mértékben fedik egymást. Abban viszont igazuk van a szerzőknek, hogy a sürgős terápiát didaktikai célokból külön tárgyalják. Az egyes szervrendszerek szerepét a kórelfolyás sajátosságában fejtegetve két fő szempontot tartanak szem előtt: a szervek érintettségét a betegség alatt és szerepüket a fertőzés specifikus és aspecifikus elhárításában, a betegség leküzdésében. Az idegrendszer szerepéről írva taglalják a neuroinfectiók pathogenesisét, pathológiáját, klinikumát, diagnosztikáját és terápiáját. A többi szervrendszer szerepének ismertetése a legkülönbözőbb szakmák érdeklődésére tarthat igényt, pl. külön alfejezetet képez a pyelonephritis.

A fertőző betegségek *különleges terjedési módjai* között nagy teret kapott az infectiós hospitalismus, amelynek megelőzésében az alapvető kórházi higiénés feltételek megteremtését, gyakorlati leküzdésében pedig a konkrét tennivaló-

kat orvosokra, nővérekre és más egészségügyi dolgozókra vonatkoztatva közlik. Az egész művet a foglalkozási fertőző betegségek, a turistákat fenyegető betegségek és a zoonanthroponosisok tömör összefoglalása, táblázatos áttekintése fejezi be.

A szerzők stílusa rendkívül tömör. Néha csak felsorolásokat tartalmaz, ezek azonban mind jól kiegészítik a különben olvasékony szöveget. Az ábrák, a képek és a táblázatok egyszerűek, de kifejezők. A viszonylag kis oldalszámmal jól gazdálkodtak a szerkesztők, sokszor, de indokoltan használták ki a kisbetűs nyomtatás előnyeit. Csak ez tette lehetővé, hogy a több mint 150 fertőző betegség ismertetése kerüljön. Egészen vége ez a jól szerkesztett, kitűnően áttekinthető, kis alakú és olcsó kézikönyv megfelel az előszavában kifejtett célkitűzéseknek: nemcsak tájékozódásra alkalmas, hanem az infectologus szakorvosok, szakvizsgára készülő, sőt felsőbb éves medikusok is haszonnal forgathatják. Nagy szükség volna nálunk is egy ilyen jellegű könyvre!

Keleti Béla dr.

Clinical Endocrinology. Theory and practice. Szerk. A Labhart, Springer Verlag, 1974. A munka 1971-ben megjelent német nyelvű 2. kiadásából angolra fordította A. Trachsler és J. Dodsworth-Phillips. A munka terjedelme 1092 nagyméretű oldal, 400 ábrával. Ára: DM 125.—

A nagy terjedelmű munka részletes tartalmi ismertetése könyvrecensio keretében aligha lehetséges. Ehelyett a munkára jellemző néhány sajátosság és adat alapján igyekszünk megismertetését elősegíteni.

1. A könyv írói a következők: H. Bürgi, G. R. Constam, B. Courvoisier, J. A. Fischer, E. R. Froesch, P. Grob, Chr. Hedinger, P. J. Keller, G. Kistler, A. Labhart, G. Martz, J. Müller, A. Prader, P. H. Rossier, W. E. Schreiner, R. Siebenmann, H. Steiner, G. Töndury, M. Wernly, M. Zachmann, W. Ziegler. A könyv méretéhez és a fejezetek számához viszonyítva is nagynak tűnő szerzőcsoport abból adódik, hogy a könyv egyes fő fejezeteit nem egy-egy szerző írta, hanem kisebb-nagyobb szerzői közösségek. Ezek egy része az adott fejezet egészének társszerzői, mások viszont egy-egy speciális rész (pl. biokémia, pathologia stb.) felelősei. Ezek nevét a megfelelő alfejezetek fejlécén tüntették fel. A szerzők számát az a körülmény is növelte, hogy egy-egy jelenlegi kutatómunka vagy az orvosi gyakorlat előterében álló kérdés több főfejezetben került ismertetésre. Erre példa a neuroendokrin rendszer suprahypophyseal (idegrendszeri) elemeinek ismertetése, és ezek hypophysissal való kapcsolata.

E téma három fő fejezet tárgyát képezi.

2. A munka szerkezete kettős. Főfejezetek ismertetik mirigyek szerint az endokrin rendszert és betegségeit, de vannak olyan fejezetek is, amelyek több endokrin szerv működésével és klinikumával egyaránt kapcsolatban vannak. Az utóbbiak közé tartozik a pluriglandularis syndromáról, a növekedésről, a paraneoplasias syndromáról, intersexualitásról stb. szóló fejezetek, valamint a nem endokrin betegségek hormonális kezeléséről szóló részlet. A szervek szerint, illetve a funkciók és klinikai kép szerint írott fejezetek tartalmilag igen jól kiegészítik egymást, és lehetővé teszik egy-egy probléma több szempontból történő megvilágítását.

3. Korszerűség. Miként a könyv ismertetés bevezetésében már rámutattunk, a Labhart endokrinológia 1974-es angol kiadása az 1972-es német fordítása. Ez a körülmény determináló a korszerűség kérdésében. Igaz ugyan, hogy minden fejezet végén 1973-as, helyenként 1974-es adatokat tartalmazó rövid kiegészítő irodalmi jegyzék is található, a legújabb irodalmi adatok száma mégis csekély és a munka szövegében az irodalmi jegyzékbe pótlólag felvett adatokkal is alig találkozunk. Ha azonban az olvasó úgy kezdi a művet forgatni, hogy eleve tisztában van annak valódi megjelenésével (1972), akkor természetesen megfelelően tudja értékelni az egyes fejezetek mondanivalóit.

4. Irodalom. A Labhart endokrinológia régebbi kiadásaira is, erre a kiadásaira is két dolog jellemző a felhasznált irodalom szempontjából. A szerzők a főfejezet végén jóval szélesebb körű irodalmi jegyzéket bocsátanak az olvasók rendelkezésére, mint amennyit a mű fejezeteiben ténylegesen felhasználnak, s mint amire hivatkoznak. A bő irodalmi jegyzék lehetővé teszi az érdeklődők, esetleg fiatal kutatók számára, hogy a könyv olvasása közben felmerült problémáikra gyorsan és könnyen találjanak választ vagy legalábbis részletesebb ismertetést. A másik jellemző viszont az, hogy a szerkesztő illetve az írói munkaközösség döntően nem a legújabb irodalmi adatok ismertetésére, hanem a megalapozottnak tűnő irodalmi adatok összefoglalására törekedett. A Labhart endokrinológia ezen tulajdonsága egyszerre a munka erőssége és hibája is.

5. A szerkesztés. Rendkívül nehéz munkára vállalkozott Labhart professzor ilyen nagy méretű kézikönyv szerkesztésekor. Nem csodálható, hogy a szerkesztés terén az olvasó gyakran talál hibákat. A hibák egy része a fejezetek közötti aránytalanságban mutatkozik meg, másfelől az egyes fejezetekben más fejezetekre való utalás hiányosságai is találkoznak. Az adenohypophysisről szóló fejezetben például a hyperfunctionis kór-

képek között csupán az akromegáliával, a galactorrhoea syndromával találkozunk. Újabb szokás szerint a fokozott ACTH, TSH, gonadotrop hormon elválasztáson alapuló kórképek a megfelelő perifériás mirigyek betegségeinél olvashatóak. Erre azonban semmiféle utalás a hypophysis fejezetben nincsen. Ugyanezen fejezet élettani része a hypophysis hormonok közül csak a prolactinnal és növekedési hormonnal foglalkozik, mivel a trophomoronokra vonatkozó ismeretek a megfelelő perifériás mirigyek fejezetében vannak. Utalás azonban erre sem található.

6. Ábraanyag, táblázatok. A munka dokumentációja igen jól sikerült, ügyes. Vázlatos rajzai, táblázatai nagyfokban elősegítik a könyv mondanivalóinak megértését. A kitűnő ábrák jelentős része átvett ábra; ez természetesen nem hiba és a szerkesztő helyes elképzelését dicséri.

A könyv felsorolt néhány jellemző tulajdonsága talán kissé negatív kicsengésű. Valójában azonban úgy érzem, hogy ez a hatalmas terjedelmű mű jelentősebb mint amilyennek a felsorolt elemek alapján gondolható. Hiányosságai ellenére az endokrinológiában jártas olvasó számára is érdekes, élvezetes olvasmány, mert elősegíti az endokrinológia egész területén a sok-sok ismert részadat egységes szemléletű kövacsolódását, és számos új adattal is gazdagítja az olvasó ismeretanyagát, a gyakorlati tennivalókat illetően pedig biztos támpont és segítség az endokrin betegek napi ellátásában. Mindezt a könyv endokrinológusok és nem endokrinológusok számára egyaránt hasznos mű, és helye ott van valamennyi belgyógyászati, gyermekgyógyászati, nőgyógyászati stb. osztály kézikönyvtárában.

Holló István dr.

H. Mehnert und H. Förster: Stoffwechselkrankheiten. — 2. átdolgozott és bővített kiadás. 570 oldal, 111 ábra, 48 táblázat. G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1975. Ára DM 26,80.

A müncheni diabetes klinikai kutatócsoport vezetőjének és a frankfurti egyetem biológiai kémiai centruma professzorának könyve a „Flexibles Taschenbuch” sorozatban 5 évvel az első kiadás után jelent meg újból. Teljesen átdolgoztak 3 fejezetet, egy újat betoldottak (mucopolysaccharidosok). A végén a Függelékben kalciumtáblázat, a fontosabb laboratóriumi paraméterek mg⁰/l-ban és mval/l értékben szerepelnek, továbbá diétás étrendek (elsősorban diabetesesek számára és BE értékben — 1 BE = 12 g szénhidrát — számolva). Téma szerinti bibliographia, valamint név- és tárgymutató van a könyv legvégén.

110 oldalon részletes biokémiai tájékoztató ad útmutatást az enzimekről, enzimkinetikáról, hor-

monhatásokról, a ciklikus AMP szerepéről, az örökletes biokémiai alapjairól. Ezekután következnek igen részletesen a szénhidrát-anyagcsere biokémiája, azután a zsíryanycsere (jól áttekinthető táblázatban a lipidek, majd ezek anyagcsereje többek között), a fehérjeanyagcsere fejezetben a proteinek struktúrája, aminosavak transportja, proteinek synthesise, purin-, pyrimidin- és porphyrin-anyagcsere. A részletes klinikai rész előtt táplálkozási és diétetikai alapokról van szó (kalória, vitaminok, víz- és elektrolytháztartás, parenterális táplálás, diétás tanácsadás).

A klinikai részben a leghosszabb fejezet (129 oldal) a diabetesszel foglalkozik. Mehnert prof. legfőbb érdeklődési körének megfelelően. A különböző cukorterhelések közül a per os végzettet tartja legmegfelelőbbnek. A terápiában változtatlanul (és helyesen) a diéta fontosságát hangsúlyozza: „Je mehr Mühe man auf die Diätberatung der Diabetiker verwendet, desto grössere therapeutische Erfolge kann man erzielen”, azaz minél nagyobb fáradságot fordítunk a cukorbeteg diétás tanácsadására, annál jobb lesznek a terápiás eredmények is. Szó esik az amerikai UGDP tanulmány eredményeiről is, ezeket Mehnert sokakhoz hasonlóan fenntartásokkal fogadja csak el. A diabetes számos egyéb érdekes alfejezetéből csak a közlekedés és diabetes kapcsolatát emelném itt ki. Mehnert szerint a cukorbeteg számára a közlekedésben való részvétel csak néhány esetben ellenjavallt, ezek: nehéz beállíthatóság, súlyos diabeteses szövödmények, előrehaladott cerebrosclerosis és friss, 3 hónapról nem régebbi insulinozottág.

A soron következő elhízás fejezetben figyelemre méltó, hogy az ún. endokrin típusú elhízás fogalmát újabban elvetik. Kezelés irányelve: már az iskolás korban kezdődő oktatás. Az elhízás mértékével nem arányosan fokozódik az mortalitás, hanem annál sokkal jobban. A diétán alapuló terápiás részben a Payne és DeWind-féle jejunioleális bypass-ról nem történik említés (a műtét kritikája az elhallgatás?).

A soványság és a köszvény fejezet után a ritkább anyagcserebetegségek következnek igen részletesen és a biokémiai háttér állandó recapitulálásával. Igen nehéz fejezetek ezek, s nagy és alapos biokémiai jártasságot igényelnek. A sorra vett szénhidrát-, zsír- és aminosav-anyagcsere zavaraik rendkívül sokrétűek, a számos enzimdefectus okozta károsodások az étellel tartósan többnyire nem egyeztethetők össze, s a betegek többsége még kisgyermekkorban elpusztul mentálisan retardáltan. A klinikumban ismert betegségek (glykogen raktározási betegségek 6 típusa, lipoprotein-aemiák, lipid tárolási betegségek,

Hartnup-syndroma, phenylketonuria stb.) mellett számos olyan betegség is szerepel a felsorolásban, mellyel a gyakorló klinikus csak igen ritkán találkozik, s legtöbbször nem is ismeri fel a betegség lényegét (trehalose malabsorptio, propionaciduria, fucosidosis, ceramidactosidosis, karnosinuria, nem ketoticus hyperglycinaemia stb.) De nem kevésbé nehéz fejezet a mucopolysaccharidosok fejezete is. Bár az Orvosi Hetilap 1975. évi 20. számában Pécsről kitűnő összefoglaló jelent meg e témából, kiderül a könyv olvasásakor, hogy nem 6 típus ismeretes már, hanem 8 (a Dyggve-, valamint a Suschke-Kunze-syndromával együtt).

A purin- és pyrimidin-, valamint a porphyrin-anyagcsere zavarainak ismertetése után rövid fejezet foglalkozik a vitaminokkal, az utolsó fejezet az endokrinium és az anyagcsere kapcsolatát ismerteti. Ezek között a steroid biosynthesis 5 defectusának tárgyalása és a klinikai kórképekkel való egybevetése különösen érdekes, mert a különböző, zömmel hydroxylase-defectusok ismeretében az esetek egy részében eredményes terapia is megkísérlelhető.

Összegezve az elmondottakat: a biokémia és a klinikum kapcsolata nagyon jól utal a Thieme-kiadvány, s számos érdekes összefüggésre derít fényt. Olvasása azonban nem könnyű, helyenként a klinikus számára fásasztó, mert igen magas szintű biokémiai alapképzettséget tételez fel minden olvasó részéről, ennek hiányában lépten-nyomon vissza kell lapozni a biokémiai rész megfelelő fejezetéhez egy-egy ritkább kórkép ismertetésének olvasásakor. Bázismunkának használható elsősorban.

Iványi János dr.

R. H. Rabi: Orthopädie des Fusses. (5. umgearbeitete Auflage) von Carl R. H. Rabi: 324 Abbildungen. (A láb orthopaediája). Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1975. 480 oldal. Ára: 98,— DM.

A könyv 5. kiadása egymagában is értékelhető. Az I. kiadás címe még: „Orthopädische Schue” volt (1944) és a könyv anyaga minden kiadással bővült, úgy hogy ma már teljes joggal viseli „A láb orthopaediája” címet, bár most is igen részletesen foglalkozik az orthopaed cipő készítésének elveivel és gyakorlatával.

Az orthopaed szakorvosok számára megismerteti az orthopaed cipészek szakmai munkáját, az orthopaed cipészek számára pedig külön megjelölt fejezetekben megfelelő orvosi ismereteket, kezelési elveket közöl. A kettős feladat megoldása véleményem szerint igen jól sikerült, amit a szöveget kísérő 324 ábra nagyszerűen kiegészít.

Az utóbbi évtizedekben mind a gyakorlatban, mind az oktatásban

az orthopaediai sebészet került előtérbe, a konzervatív megoldások keresése és ismertetése csaknem jelentéktelenné vált, pedig a járóbetegrendelések határossága és eredményessége ezek alapos ismerete nélkül el sem képzelhető. A G. Hohmann „Fuss und Bein” című könyve óta a láb orthopaediájával hasonló terjedelemben könyv nem foglalkozott.

Civilizációs körülményeink nemhogy csökkentették, hanem növelték a „lábfej” emberek számát. A láb orthopaed betegségeinek ismerete így minden gyakorló orvos számára szükségessé vált. A könyvből minden a láb betegségeinek kezelésében használatos eszköz, gyógyászati segédeszköz megismerhető és a konzervatív orthopaedia jelentőségét megfelelő helyre teszi. Nagyon sok beteg van, aki a műtéttel járó kockázatot nem vállalja, minden műtéti beavatkozástól idegenkedik és ezekben az esetekben jó tanácsokkal szolgál sokszor már csaknem elfelejtett kezelési módszerek tárgyalásával.

Rüdiger von Volkmann közreműködésével alkalmazott anatómiai fejezetet is tartalmaz a könyv.

A konzervatív orthopaedia mellett nem hanyagolja el a sebészeti kezelési módszerek tárgyalását sem.

A könyv igen tapasztalt orthopaed munkája, amely összefoglalja mindazon megismeréseket, amit a szerző hosszú működése alatt a láb orthopaed betegségeinek kezelésében szerzett. Tárnya, a tárgyalás módja a láb betegségeinek jelentősége miatt a mozgásszervi megbetegedésekben, a könyvet nemcsak orthopaed szakorvosok számára ajánlom, hanem gyakorló orvosok számára is, akik betegek érdekében a „lábfej” megismerésében mélyrehatóbb ismereteket kívánnak szerezni. Ebben a könyv megbízható segítséget fog jelenteni. Fiatal szakorvos kollégák számára pedig igen kevésbé ismert, oktatás tárgyát nem képező tudanyagot biztosít, főleg mindazt, ami az orthopaed cipő fogalmával kapcsolatban áll.

Radochay Lajos dr.

J. F. Moorhead, R. A. Baillod, C. Mion: Dialysis, Transplantation, Nephrology. (Pitman Medical Publishing Co. Ltd. 1975.) 581 oldal.

Moorhead, Baillod és Mion szerkesztésében jelent meg az Európai Dialysis és Transplantációs Társaság (EDTA) 11., Tel Avivban 1974-ben megtartott kongresszusának anyaga. A kötet 13 fejezetre oszlik. Öt fejezetben a dialysis, 3 fejezetben a transplantatio aktuális problémáival, illetve 4 fejezetben a nephrologia több kérdésével foglalkozó előadásokat gyűjtötték össze a szerkesztők.

A bevezető fejezet jelentős része egyesített beszámoló az európai dialysis és transplantációs aktivitásról az 1973. december 31-i adatok alapján. A megadott időpontban Európában 715 dialysis centrum működött és ezek közül 244-ben transplantációt is végeztek. 14 172 beteget kezeltek peritoneális vagy haemodialysissal és 3477 beteg élt transplantált vesével. A beszámoló részletesen ismerteti a dialysált, ill. transplantált betegek túlélését, kiter a halálokok ismeretetésére, az élőből és cadaverből történő transplantatio eredményeire, foglalkozik a betegek rehabilitációjával és a gyermekkori dialysis, ill. transplantatio kérdésével.

A dialysissal foglalkozó előadások közül több a dialysis optimális időtartamát tárgyalja. Olasz, amerikai és japán szerzők számolnak be jó eredményekről heti háromszor, másodnaponta, ill. heti öt alkalommal történt rövid idejű dialysis kezeléssel. A rövidített idejű, de gyakrabban végzett dialysis kezeléssel a belső milő stabilitása inkább biztosítható, a fiziológiai állapot jobban megközelíthető, mint a hosszabb idejű, de ritkábban végzett dialysisekkel. „Dialysis szövödmények” cím alatt foglalták össze a szerkesztők a dialysis kezelés kapcsán észlelt audiometria változásokat, uraemiás polyneuritist, ill. uraemiás hipertóniájában alkalmazott gyógyszeres kezeléssel, valamint a dialysis osztályokon fellépő hepatitis megelőzésével foglalkozó előadásokat. Mindezek a krónikus dialysis program fontos, meg nem oldott problémái. Több előadásban foglalkoztak a „home dialysis” kérdésével és ennek medicinális, valamint gazdasági kihatásaival.

A transplantációs kérdéseket tárgyaló előadások közül kiemelkedő a dialysis és transplantatio összehasonlító kiértékelése. Ennek során a szerzők rámutatnak, hogy bár dialysis kezeléssel a túlélés jobb, a rehabilitáció transplantatio után messze eredményesebb, különösen, ha az 5–7 éves túlélést hasonlítjuk össze. A vese-preservatio hatásfokának javításához értékes adatot szolgáltat az a kísérletsorozat, melyben állat-, ill. emberveséket a transplantatio előtt chlorpromazinnal kezelve mint jobban funkcionáló graftot tudtak beültetni.

A transplantált vese rejecciónak diagnózisához több szerző szolgáltat adatot. Mint korai rejección jelet jelölik meg a vizelet savanyodását, a tubuláris proteinuriát, a rosetta inhibíciós testet, ill. a fibrinbontási termék megjelenését a vizeletben. A transplantatio complicációi közül továbbra is igen gyakori a pulmonális infectio, mely túlnyomóan bakteriális, de több mint 10%-ban Pneumocystitis carinii által okozott.

Az uraemiával, ill. az uraemiás

állapotban észlelt változásokkal foglalkozó előadások rámutatnak, hogy uraemiás állapotban a normálistól eltérő porphyrin metabolizmusában a reticulocyták csökkent δ -amino-levulinsav-dehydrogenase szintje játszhat szerepet. Rámutatnak továbbá, hogy a histidin fontos factora a vasszfűződésnek és a serum transferrin szintnek dialysált betegekben. Az uraemiában észlelt csökkent immunválasz előidézője valószínűleg egy nem dialyzálható anyag. Feltérül, hogy ez az anyag a metilguanidin lenne. Több előadás foglalkozik az uraemiás csontelváltozások mechanizmusával és terápiájával, ill. a vese szerepével a parathormon anyagcseréjében uraemiás állapotban.

A szerkesztők a kötet két utolsó fejezetébe gyűjtötték a *glomerulonephritissel foglalkozó előadásokat*, melyek részben biopsiával nyert anyag értékelésével (szövet-tani, illetőleg immunhistológiai módszerek alkalmazásával) a histológiai és klinikai kép összefüggéseit tárgyalják, részben a glomerulonephritis terápiájának egyes kérdéseivel foglalkoznak. Ez utóbbi vizsgálatok közül kiemelkedő a cyclophosphamid terapia hatástalansága proliferatív glomerulonephritist, ill. a heparin-corticosteroid terapia pozitív hatása a lupus nephritis acut anuriás fázisában.

A kötet példás kiállításban nagyon gyorsan, alig több mint egy évvel a kongresszus után a modern nephrologia legújabb eredményeivel ismerteti meg az olvasót. Az előadások a nephrológusok, dialysis, ill. transplantációs osztályok orvosai számára értékes ismereteket nyújtanak.

Taraba István dr.

R. Patsch: Antibiotika-Ratgeber. (Antibiotikum-tanácsadó.) Harmadik, átdolgozott kiadás. VEB Gustav Fischer Verlag, Jena, 1975. 240 oldal. Ára: 18,90 M.

A könyv négy részre tagolódik: 1. általános bevezető, 2. részletes rész, 3. az egyes antibiotikumok hatásspektrumának táblázatban való összefoglalása, 4. irodalmi jegyzék és tárgymutató.

A rövid általános rész foglalkozik az antibiotikumok definíciójával, a resistentia fogalmával és különböző fajtaival (abszolút, relatív, primaer, szerzett). Megkülönbözteti a penicillin típusú, streptomycin típusú és közti rezisztenciát. Ismerteti a rezisztenciavizsgálat laboratóriumi módszereit. Kiter az antibiotikumok kombinációjával kapcsolatos alapfogalmakra és alapelvekre.

A nagy kiterjedésű részletes részben az egyes antibiotikumokat 20 szempont szerint tárgyalja. Ismerteti többek között az illető antibiotikum kémiai nevét, szerkezeti képletét, szinonimáit, hatás-

spektrumát és -mechanizmusát, a kombinációs lehetőségeket, toxicitását, mellékhatásait, a különböző kórokozókra vonatkoztatott MIC-eket. Igen részletesen adja meg — a fontosabb antibiotikumoknál táblázatban — az adagolás módjától és dózistól függő serum-, vizeletkoncentrációkat, de feltünteti a liquorban, foetalis keringésben, exsudátumokban mérhető antibiotikumkoncentrációkat is. A dózizást részletezi: felnőttre, gyermekre, csecsemőre és koraszülöttre vonatkoztatva, külön szerepel az intrapleurálisan, intrathecalisan és intraperitonealisan adható dózis, ill. az antibiotikum inhalálható mennyisége. Először a szerző az általa „klasszikus”-nak nevezett négy antibiotikumot (penicillin, streptomycin, chloramphenicol, tetracyclin) és derivátumait tárgyalja, majd a további klinikailag használatos — elsősorban az NDK-ban használatos — antibiotikumok következnek, abc-sorrendben. A részletes rész után táblázatban foglalja össze az egyes antibiotikumok hatásspektrumát.

Az antibiotikumoknak a szerző szerinti csoportosítása nem felel meg a ma általánosan elfogadott elveknek. Kritika nélkül adja meg az inhalálható dózist (pl. allergizáló antibiotikum esetében is!). Nem szerepelnek a könyvben a chemotherapeutikumok, az antimycotikumok és egyes antituberculoticumok sem.

A mikrobiológus szerző részletesen összefoglalja az antibiotikumokat, de klinikai szemléletet nem ad. Inkább felsorolás, mintsem tanács.

Ternovszky Éva dr.

Knochenstoffwechsel, Knochentumoren, Missbildungen. VI. Symposium der Europäischen Gesellschaft für Osteoarthritis. Debrecen, 1974. 146. old.

Az Európai Osteo-arthrologiai Társaság VI. symposionja 1974-ben Debrecenben zajlott le. A symposion anyagát rövidített formában adja ki most Pap Károly és Vargha Gyula professzor.

Az anyag négy részre tagozódik. Az első részben a csont anyagcseréjével kapcsolatos előadások kapnak helyet. Az előadások számos témával, így az ásványi anyag cserével, az újonnan kialakult izülettel, a csont rekonstrukciójával, a collagen synthesissal, a calcitonin, a natriumfluorid szerepével, az organikus savakkal, a porcszövet túlélésével, a csont molibdén tartalmával és elasticitásával, a thymusnak a csontszövetre gyakorolt hatásával foglalkoznak.

A második rész témája a csonttumor. Az elhangzott előadások többek között a kereksejtes sarcomák, az experimentalis tumormodell, az atypusos jóindulatú osteolytikus gerincdaganatok, a tu-

mor diagnosztika, a primaer csont-tumorkok, a solitaer plasmocytomák és a therapia egyes kérdéseit tárgyalják.

A harmadik rész témájaként a fejlődési rendellenességek szerepeltek. E témakörben előadások hangzottak el a fejlődési rendellenességek kezeléséről, állcsont-rendellenességekről, spondylosisról és spondylolisthesisről, csont-dysplasiákról.

A vegyes jellegű előadások széles területeket öleltek fel (ízületi betegségek, callus-képződés, endoprothesisek, immunológiai kérdések, vitaminok, arteriographia, oszteosynthesis stb.).

A rövid, csak a lényegre tartalmazó szövegek is mutatják az előadások magas színvonalát. A tárgyalta kérdések kivétel nélkül aktuálisak voltak és számos előadásban kiterjedt és elmélyedt kutatómunkáról kaptunk beszámolót.

Helyes volt a symposion anyagát idegen nyelven megjelentetni, tekintve a jelentős nemzetközi érdeklődést és részvételt (Bulgária, Csehszlovákia, Jugoszlávia, Magyarország, Német Demokratikus Köztársaság, Német Szövetségi Köztársaság, Szovjetunió). Érthető,

de sajnálatos, hogy az anyag képek, illusztrációk nélkül jelent meg.

Lénárt György dr.

Smulevitsch A. B. und M. G. Stschirina: Probleme der Paranoia.

Paranoide Zustände bei endogenen und organischen Erkrankungen. Übers. aus dem Russischen red. K. Seidel. VEB G. Thieme, Leipzig, 1975. 124 oldal. (A paranoia problémái. Paranooid állapotok endogen és organicus megbetegedésekben.) Ára: 18,— DM.

A könyv orosz nyelvű eredetije 1972-ben jelent meg Moszkvában. Lényegében a moszkvai Pszichiatriai Kutatóintézet álláspontját mutatja kifejezésre. Első fejezete a paranooid állapotok nosológiai helyzetét tárgyalja. A szerzők *Jaspers* alternatíváját választják kiindulásul: testi kórfolyamat következménye-e a paranoia vagy pedig egyféle személyiségfejlődés kifejeződése? A töretlen személyiségfejlődés kritériumának tekintett megérthetőséget (beleérthetőséget) nem fogadják el, hanem „a személyiség pathológiás fejlődésének” fogalmát használják. Végső követ-

keztetésük szerint a paranoia a *Kraepelin* értelmében vett önálló körkép és az endogen psychosisok körébe tartozik. A következő fejezetek a paranoiás téboly psychopathológiáját, a schizophréniában előforduló paranooid állapotok typológiáját, a nehezen diagnosztizálható téboly-psychosisok nosológiai problémáját, az organicus agyi megbetegedésekben előforduló paranooid állapotokat és a paranooid állapotok somaticus és racionális psychotherapiáját tárgyalják. A paranoia és a paranooid psychosisok kérdése aránytalanul elhanyagolt a kérdés fontosságához és megoldatlanságához képest. Ezért *Szmulevics* és *Scsirina* széles körű bibliográfián alapuló és szintetikus szemlélet kialakítására törekvő könyve komoly érdeklődésre tarthat számot. Különös érdeme, hogy medicinális szemléletű és a további vizsgálatokhoz szükséges nosológiai tisztázást tűzi ki célul. Amennyire sikeres ez a vállalkozás az endogen és somatogen körképek vonatkozásában, annyira sikertelen — a megértés módszerének mellőzése miatt — a psychogen és situagen körképek vonatkozásában. *Pethő Bertalan dr.*

VERMOX

tabletta

ÖSSZETÉTEL Tablettánként 100 mg mebendazolt tartalmaz.

HATÁS

A Vermox az *Enterobius vermicularis*, *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* *Ancylostoma duodenale* és *Necator americanus* fertőzések anthelminticum.

JAVALLATOK

Enterobius vermicularis, *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Ancylostoma duodenale* és *Necator americanus* fertőzések.

ELLENJAVALLAT Terhesség.

ADAGOLÁS

A testsúlytól és az életkortól függetlenül a felnőtteknek és gyermekeknek az alábbi adagok adandók:

Enterobiasisban és ascariasisban a hatás eléréséhez egyetlen tablettát bevétele elegendő.

Súlyosabb ascariasisban, trichuris fertőzésben két egymás utáni nap, napi 1–1 tablettát.

Trichocephalosis, ancylostomiasis kevert fertőzésekben három egymás utáni napon napi 2 × 1 tablettát.

MELLÉKHATÁSOK

A javasolt terápiás dosisban nem okoz panaszokat.

FIGYELMEZTETÉS

Lypophyl anyagok (széntetraklorid, tetraklóretilén, kenopodium-olaj, kloroform, éter stb.) Vermoxszal együtti adása kerülendő. Alkalmazásakor és utána legalább 24 óráig szeszes ital nem fogyasztható.

CSOMAGOLÁS 6 tablettát

10,10 Ft

MEGJEGYZÉS: ✱ Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján szabadon rendelhető.

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest



PH

2221

**Az Egészségügyi Minisztérium
tájékoztatója a júniusi járványügyi helyzetről**

Júniusban a szezonnak megfelelően elsősorban az enterális fertőző betegségek jelentkeztek járványosan, három diphtheria megbetegedést is bejelentettek azonban.

Diphtheria. Hajdú-Bihar megyében, ahol évek óta nem fordult elő megbetegedés, Nyíradony cigánylakossága körében egy 12 és egy 13 éves fiú betegedett meg (az első beteg meghalt). A betegek a korábbiakban esedékes, kor szerint kötelező diphtheria elleni védőoltásaikat csak részben kapták meg. Környezetük szűrővizsgálata során tünetmentes ürítőt nem találtak, a Szabolcs megyei Balkány községben azonban, ahol az első beteg sűrűn megfordult, több tünetmentes ürítőt szűrték ki.

Zala megyéből utólag jelentették be egy, a nagykanizsai kórház prosecturáján dolgozó nő enyhe lefolyású megbetegedését. Torokváladékából toxint nem termelő *C. diphtheriae* tenyésztett ki. Hatéves oltott gyermeke tünetmentes kórokozó-hordozónak bizonyult.

Hastífusz. Öt sporadikus megbetegedésről érkezett bejelentés. Egy paratífusz esetet is bejelentettek. **Salmonellosis.** Három Veszprém megyei községben (Bakonyszentlászlón, Fenyőfőn és Bakonyoszlopon) a pápai húsüzemben készített disznósajt fogyasztói között jelentkeztek megbetegedések. Számos beteg székletéből, illetőleg a disznósajtból *S. essen*, *S. give*, illetőleg *S. bredeney* tenyésztett ki.

Az egyik győri szállodában külföldi állampolgárok között halmozottan *S. braenderup* fertőzések következtében jelentkeztek megbetegedések.

Dysenteria. Hat Sh. sonnei által okozott járvány zajlott le a Komárom megyei Réde községben egy volt kastély parkjában táborozó budapesti és oroszlandi iskolások, valamint a község lakói között, amely robbanásszerűen kezdődött. A fertőzést nagy valószínűséggel a kastély parkjában levő ásott kút vize terjesztette.

A Pest megyei Albertirsa óvodájában és az óvodások otthoni környezetében is járvány zajlott le, amelynek kivizsgálása alapján feltehető, hogy a fertőzések terjesztésében az óvodán belül étel játszott szerepet.

*Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon
1976. június*

Betegség	Június+			Január 1.—június 30.+		
	1976	1975	Medián 1970-74	1976	1975	Medián 1970-74
Typhus abdominalis	5	9	11	16	26	56
Paratyphus	1	1	2	6	5	7
Salmonellosis	590	978	703	2086	2662	1871
Dysenteria	716	553	671	3420	3039	3408
Dyspepsia coli	151	194	124	621	995	655
Hepatitis inf.	415	446	579	3350	3336	3976
Polioyelitis	—	—	—	3	2	1
Diphtheria	3	—	—	3	4	—
Scarlatina	462	649	586	4931	6247	5547
Morbilli	7	43	853	167	531	5310
Rubeola	537	993	—	3219	14 548	—
Parotitis epid.	3824	3624	—	29 988	23 709	—
Pertussis	9	7	7	31	26	35
Meningitis epid.	8	9	5	41	33	36
Meningitis ser.	44	47	39	169	222	143
Encephalitis	48	26	19	88	68	46
Mononuc. inf.	49	58	—	277	282	—
Keratoconj. epid.	1	—	4	18	10	25
Malaria	—	2*	—	—	3*	2*
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcus	37	30	47	274	175	192
Tetanus	14	7	7	32	31	31
Anthrax	—	—	—	1	—	1
Brucellosis	6	19	13	35	84	69
Leptospirosis	1	4	5	8	22	18
Ornithosis	87	1	—	111	3	—
Tularemia	16	6	2	56	82	13
Lyssa fertőzésre gyanús sérülés	145	139	—	936	975	—

+ Előzetes, részben tisztított adatok.
+ Importált esetek.

A Vas megyei Nádasd és a Pest megyei Bernecebaráti óvodájában kontaktjárvány alakult ki.

A Szolnok megyei Karcagon és Berekszárdon lakó gyermekek között járvány alakult ki. Feltehető, hogy a fertőzések terjesztésében a berekszárdi gyermekmedence vize játszott szerepet. Hasonló járvány alakult ki Szombathelyen is, ahol a betegek valamennyien a termálfürdőt látogatták.

Sh. flexneri okozott megbetegedéseket halmozottan a Borsod megyei edelényi elmebeteg szociális otthonban.

Enteritis. A balassagyarmati csecsemőotthonban május közepén járvány kezdődött, amely júniusra is áthúzódott. Az otthonban ápolott gyermekek fele megbetegedett. A kórokozó *E. coli* 0124 volt.

Egy kalocsai kollégiumban és a Veszprém megyei badacsonyládbi-hegyi úttörőtáborban kisebb járvány alakult ki, e járványok aetiológiáját azonban nem sikerült tisztázni.

Dyspepsia coli. A megbetegedések száma nagyobb volt, mint az előző havi és a medián. A salgótarjáni kórház koraszülöttsztyán két szomszédos boxban halmozottan jelentkeztek megbetegedések. A betegek és a kiszűrt tünetmentes ürítők székletéből *E. coli* 055 tenyésztett ki. Halmozottan jelentkeztek megbetegedések a győri csecsemőotthonban és a zalaegerszegi kórház csecsemőosztályán is.

Hepatitis infectiosa. A megbetegedések száma csökkent, halmozódásról a hónap folyamán nem érkezett jelentés.

A scarlatina, rubeola és parotitis epidemica megbetegedések száma csökkent. A legtöbb scarlatina esetet Pest megyéből, a legtöbb rubeolát Szolnok és Komárom megyéből, s a legtöbb parotitist Békés megyéből jelentették. A parotitis esetek száma a csökkenés dacára magasabb volt, mint az előző év azonos hónapjában.

Ornithosis. A Debreceni Baromfifeldolgozó Vállalatnál májusban kezdődött járvány júniusban folytatódott. A megbetegedések klinikailag ornithosisnak feleltek meg, a serológiai vizsgálatok június végével bezárólag azonban még nem igazolták egyértelműen a klinikai diagnózist.

*Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon
1976. január—június+*

Betegség	Jan.	Febr.	Márc.	Ápr.	Máj.	Jún.
Typhus abdominalis	2	2	2	2	3	5
Paratyphus	1	2	—	—	2	1
Salmonellosis	254	180	207	348	507	590
Dysenteria	530	500	509	431	734	716
Dyspepsia coli	100	64	87	109	110	151
Hepatitis inf.	716	604	584	527	504	415
Polioyelitis	—	3	—	—	—	—
Diphtheria	—	—	—	—	—	3
Scarlatina	1108	1011	1051	657	642	462
Morbilli	35	33	40	25	27	7
Rubeola	409	477	530	642	624	537
Parotitis epid.	5076	5479	6161	5073	4375	3824
Pertussis	5	7	4	2	4	9
Meningitis epid.	6	6	8	4	9	8
Meningitis ser.	24	25	19	27	30	44
Encephalitis inf.	7	8	9	12	4	48
Keratoconj. epid.	4	3	4	6	—	1
Malaria	—	—	—	—	—	—
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcus	47	47	47	45	51	37
Tetanus	3	3	2	4	6	14
Anthrax	—	—	—	—	—	—
Brucellosis	10	7	2	5	5	6
Leptospirosis	1	1	1	2	2	1
Ornithosis	—	—	—	—	24	87
Tularemia	15	6	2	9	8	16
Lyssa fertőzésre gyanús sérülés	200	170	182	101	138	145
Mononuc. inf.	33	46	45	43	61	49

+ Előzetes, részben tisztított adatok.

CARL ZEISS, MLW, PACKARD, OLYMPUS és PZO gyártmányú

kórházi laboratóriumi műszerek esetenkénti és garancián túli javítása.

Rendszeres féléves karbantartásra szerződés köthető.

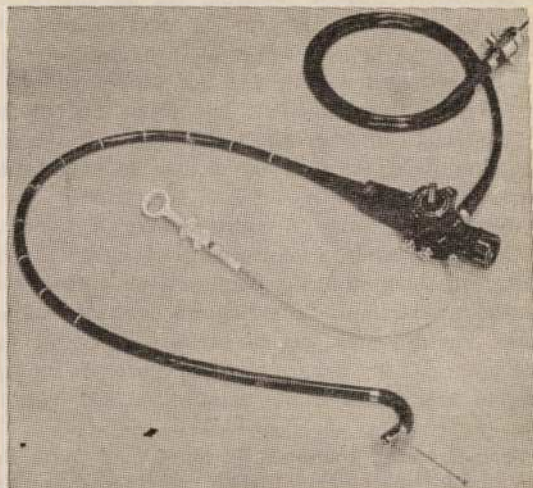
SPEKOL, VSU-1, VSU-2, SPECORD UV-VIS fotométerek.

Régi és új típusú (FLAPHO 4) lángfotométerek.

Elektroforézis futtatókamrák és ERI-10, ERI-65 kiértékelők.

Mikroszkópok, polariméterek stb.

OLYMPUS gyártmányú gasztroendoszkópiai vizsgáló műszerek garanciális és garancián túli javítása, karbantartása.



Carl Zeiss szerviz

Megrendeléssel forduljon központunkhoz:

1053 Budapest, V., Kossuth Lajos u. 17.

Tel.: 186-942

(Lapzárta: a kívánt, aktuális szám megjelenése előtt 18 nappal!)

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlapiroda Budapest, V., József nádor tér. Tel.: 180-850

Felhívás a szerzőinkhez

Kérjük valamennyi szerzőnket — a tanulmányok, beszámolók, könyvismertetések és referátumok íróit —, hogy a korrektúrák javításakor szíveskedjenek a nyomtatott szöveget összehasonlítani a kézirattal, és a korrektúrában csak azokat a javításokat jelöljék be, amelyek a kézirattól eltérő nyomtatott szövegrészek helyesbítésére hivatottak. Más szóval: *csak a nyomda által elkövetett hibákat javítsák*. Ha ugyanis a korrektúrában a szerző a kézirat szövegét megváltoztatja — ún. szerzői javítást végez —, a nyomda a kiadónak különköltséget számít fel. Az utóbbi időben az Orvosi Hetilap ilyen költségei jelentősen megemelkedtek, és egészükben igen magas összegeket tesznek ki. Szerzőinket tehát fokozott figyelemre és együttműködésre kell kérnünk.

Megemlítjük, hogy a szerkesztőség a nyomdára való előkészítés során a kéziratokban gyakran eszközöl változtatást; főleg stílász jellegű javítások ezek. E változtatásokat szerzőink lehetőleg ne javítsák, ugyanis ezeknek javítása már szerzői javításnak számít (nem beszélve arról, hogy a szerkesztőség a szerzői szövegen megfelelő mérlegelés után, nem ok nélkül változtatott!).

Természetesen továbbra is lehet mód arra, hogy a szerző a korrektúrában kisebb változtatásokat hajt-

son végre, kérjük azonban, hogy ezt ne a korrektúrába írja bele, hanem kérését írja meg kísérlévében a szerkesztőségnek, amely mérlegelés után dönt és erről a szerzőt értesíti.

Apró hibákat, pl. ékezetek hibáit — különösen, ha azokat nem a nyomda követte el, hanem az eredeti kéziratban a szerző írta le — semmiképpen se javítsunk, nemcsak azért, mert ennek költségkihatásai aránytalanok, hanem azért is, mert a nyomda javításai ilyenkor újabb hibák keletkezésének lehetőségét rejtik magukban, hiszen ilyenkor a nyomdában a javítást tartalmazó sort rendszerint teljesen újra kell szedni. Az utóbbi néhány évben az Orvosi Hetilap szerkesztőségébe növekvő számban érkeznek olyan kéziratok, amelyekben a **MEGBESZÉLÉS** fejezet tartalma nem felel meg annak, amit a fejezetcím ígér, vagyis nem a saját vizsgálati eredmények, megfigyelések vagy esetek diszkussziójáról, az irodalmi megállapításokkal való összevetéséről van benne szó. Leggyakrabban a megbeszélésben olyan adatközlések, irodalmi áttekintések olvashatók, amelyeknek a dolgozat bevezető részében lenne a helyük. Az ilyen kéziratokkal a szerkesztőségnek sok munkája van, és ezeket minden esetben kénytelenek vagyunk visszaküldeni a szerzőknek átdolgozás céljából. Arra kérjük ezért szerzőinket, szíveskedjenek a kéziratok elkészítésekor nagyobb figyelemmel lenni arra, hogy a dolgozatok megszokott szerkezeti rendje, és különösen megbeszélés része ne formális legyen csupán, hanem tartalomban is kifejeződjön.

(A pályázati hirdetmények szövegét kérjük közvetlenül a kiadóhivatalunkhoz, az Ifjúsági Lapkiadó Vállalathoz (1374 Budapest, Révay u. 16.) 2 példányban megküldeni. Szerk.)

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 15 000 példányban
A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-660

MNB egyszámúszám: 69.915.272-46

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,
a Posta hírlapüzletiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál
(Budapest, V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

Közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Szerkesztőség: 1363 Budapest, V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 121-804, ha nem felel: 122-765

Előfizetési díj egy évre 216,- Ft, negyedévre 54,- Ft, egyes szám ára 4,50 Ft



76.2424 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
DARABOS PÁL DR.
FISCHER ANTAL DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felelős szerkesztő:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.
VÉRTES LÁSZLÓ DR.

*

117. ÉVFOLYAM

*

37. SZÁM

*

1976. SZEPTEMBER 12.

TARTALOMJEGYZÉK

Boda Domokos dr.:

A gyermekorvosi gyakorlatban
várható változások
a szűrővizsgálatok széles körű
kiterjesztésével 2227

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Hervei Sarolta dr. és Schmidt Marianne dr.:

Újszülöttkori icterus fénykezelésének
indikációja és veszélyei 2231

Éliás Béla dr. és Körmendy Béla dr.:

In vitro gyógyszerérzékenységi vizsgálatok
Kanendomycinnel és Tobramycinnel 2239

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Kelemen József dr., Romhányi Imre dr.
és Pataki Lenke dr.:

Idegrendszeri megbetegedések
rheumás lázban 2242

KLINKO-PHARMAKOLOGIAI TANULMÁNYOK

Bánki Csaba dr. és Vigváry László dr.:

Megfigyelések a levodopa hatásáról
endogen elmebetegségekben 2246

KAZUISZTIKA

Árvay Attila dr., Békássy Szabolcs dr.
és Kerkovits Gyula dr.:

Aorta ascendens aneurysma
az aorta-insufficiencia műtéti megoldása ... 2252

Árvay Sándor dr.:

Verzár Frigyes 2255

Beszámolók, jegyzőkönyvek 2259

Folyóiratreferátumok 2261

Könyvismertetés 2277

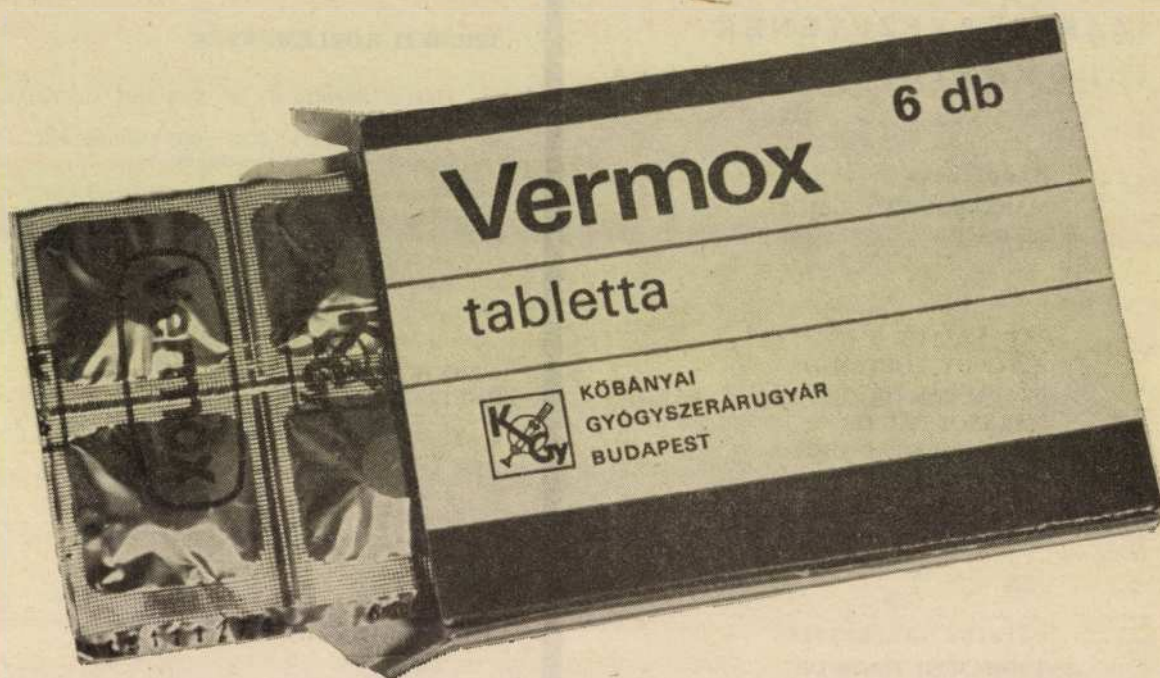
Levelek a szerkesztőhöz 2281

Pályázati hirdetmények 2284

Hírek 2286

VERMOX

tabletta



ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 100 mg mebendazolt tartalmaz.

HATÁS

A Vermox az *Enterobius vermicularis*, *Trichuris trichuria*, *Ascaris lumbricoides*, *Ancylostoma duodenale* és *Necator americanus* fertőzések anthelminticum.

JAVALLATOK

Enterobius vermicularis, *Trichuris trichuria*, *Ascaris lumbricoides*, *Ancylostoma duodenale* és *Necator americanus* fertőzések.

ELLENJAVALLAT

Terhesség.

ADAGOLÁS

A testsúlytól és az életkortól függetlenül a felnőtteknek és gyermekeknek az alábbi adagok adandók: Enterobiasisban és ascariasisban a hatás eléréséhez egyetlen tabletta bevétele elegendő.

Ascariasis súlyosabb eseteiben két egymás utáni nap, napi 1–1 tabletta. Trichuriasisban, ancylostomiasisban, illetve kevert fertőzésekben három egymás utáni napon napi 2×1 tabletta.

MELLEKHATÁSOK

A javasolt terápiás dózisban nem okoz panaszokat.

FIGYELMEZTETÉS

Lypophyl anyagok (széntetraklorid, tetraklóretilén, kenopodiumolaj, kloroform, éter stb.) Vermoxszal együtt adása kerülendő. Alkalmazásakor és utána legalább 24 óráig szeszes ital nem fogyasztható.

CSOMAGOLÁS

6 tabletta 10,10 Ft.

MEGJEGYZÉS *

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján szabadon rendelhető.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

A gyermekorvosi gyakorlatban várható változások a szűrővizsgálatok széles körű kiterjesztésével

Boda Domokos dr.

Az orvostudományi egyetemek önállóvá válásának 25 esztendőjének jubileumára, az Egészségügyi Minisztérium felkérésére írt tanulmány.

Az Egészségügyi Minisztérium 5/1975. (V. 28.) rendeletével a minden újszülöttre kiterjedő phenylketonuria (PKU) szűrővizsgálat kötelezővé tételével elsőként vált gyakorlattá hazánkban a korszerű prevenció e sajátos új formája. A szegedi Gyermecklinikán létesült PKU centrumban az eddig elvégzett 318 004 szűrővizsgálat segítségével 34 tünetmentes újszülöttnél sikerült az ekkor még csak biokémiai eltérésben megnyilvánuló betegséget kideríteni. A vizsgálandó esetek számához képest a betegek kevesnek, a ráfordított munka és költség soknak tűnhet, de az etikai szempontok alapján úgysem vitatható kérdésben itt is beigazolódott: a prevenció olcsóbb.

Bármennyire is ritka betegség a PKU, ezen az egy példán megnyilvánuló lehetőség igen nagy hatást fejt ki az orvosi gondolkodásra, de magára a gyakorlatra is. A kezelés hatása impresszionáló. Az egyébként a legsúlyosabb elbutulásra ítélt ember teljesen egészséges lehet. A terapia célzottsága megítélhető abból a mellékes jelenségből, hogy a kezelés hatására a beteg hajának, szemének színe is megváltozhat. Ugyanakkor azonban a haladás változást hozott az orvosi tevékenység jellegében is. Ahelyett, hogy a beteget idegbetegotthonban gondozták, a feladat most; szűrővizsgálat — újszülöttkorban — specializált laboratóriumi kontroll vizsgálatok — dietetikai kezelés — a kiderített betegek nyilvántartása, rendszeres gondozása.

A szűrővizsgálat természetesen eddig is szerkesztés része volt a preventív orvosi ténykedésnek. Klasszikus példa erre a „tüdőszűrés” rendszeres ernyőfényképezés útján. A PKU szűrővizsgálathoz jellegében is hasonló a lues-serológiai szűrővizsgálat. A gyermekorvosi gyakorlatban rendszeresen végzett szűrővizsgálatok: a csípőficam szűrés, a rachitis prevenció keretében végzett ellenőrzés. Kedvező tapasztalatok alapján megalapozott a létjogosultsága mind a diabetes szűrésnek, mind a pyuria szűrésnek. Az iskolaorvosi gyakorlatban halláscsökkentés, kancsalság, scoliosis és egyéb irányú

szűrővizsgálat történik, sőt a trachoma kiderítése is jellegzetes szűrővizsgálat.

A példákat még tovább lehetne sorolni. Ezekhez képest annyiban van újról és többről szó, hogy egyébként alkatában (genotipusában) biztosan beteget lehet tünetmentessé, phenotipusában egészségesé tenni. Jellemző továbbá, hogy molekuláris betegségekkel, az anyagcsere genetikailag determinált betegségeivel van dolgunk.

E témakörön belül különleges laboratóriumi vizsgálati irányzatként alakult ki az egyes kórképek szűrővizsgálati diagnosztikája. Sokszor igen szellemes megoldással lehet elérni, hogy az egyébként egészen speciális analysis helyett egyszerű és tömegmérésekben alkalmazható módszer álljon rendelkezésre.

A PKU-hoz hasonlóan szűrővizsgálatra alkalmas és korai kiderítés esetén eredményesen kezelhető kórkép szűrését világszerte csak néhány betegségre vonatkozóan végzik. A jövő perspektívája szempontjából ugyanakkor meghatározó jelentőségű az a tény, hogy hasonló anomália igen sok van. A széles körű gyakorlati megvalósításnak azonban egyelőre még akadályai vannak. Sok esetben még nincs megoldva az egyes betegségek kiderítésének valóban célszerű módszere. Az esetek nagy részében azonban inkább arról van szó, hogy a program akár azonnal megindítható lenne, csupán a vizsgálathoz szükséges igen költséges felszerelés beszerzése elérhetetlen vagy a munka elvégzéséhez szükséges személyi és intézményes feltételek hiányoznak még. A világszerte meglevő ilyen nehézségek ellenére, az irodalomban igen nagyszámú eljárás található közülük már megfelelő számú tömegszűrő vizsgálat alapján jó néhány igazolta létjogosultságát.

A szűrővizsgálatokat jellegük szerint három csoportban tekinthetjük át.

1. Tömeges szűrővizsgálatok.
2. Célzott szűrővizsgálatok egyes betegcsoportokban.
3. Génhordozók kiderítése szűrővizsgálatokkal.

E csoportokat a legfontosabb példák felsorolásával foglaljuk össze.

Tömeges szűrővizsgálatok

Rendszerint újszülöttkorban történnek. Általános törekvés, hogy az egyes szűrővizsgálatokat a PKU szűrés mintájára vércseppel átitatott szűrőpapír korongból hajtják végre.

A PKU szűrés céljára ajánlanak vékonyréteg-chromatographiás és automatizált fotometriás és egyéb módszereket, világszerte a Guthrie-féle vizsgálatot használják. Az eljárás lényege: inhibítor tartalmú minimum táptalajon a bacillus subtilis csak phenylalanin jelenlétében nő. A magas phenylalanin vérszintű betegek véres szűrőpapírkorongja körül jól felismerhető a fokozott bacterium-növekedés. Az egyébként rendkívül igényes laboratóriumi munkát igénylő phenylalanin meghatározás ezzel a próbával jól helyettesíthető, a táptalajt tartalmazó tálcán a pozitív esetek azonnal feltűnnek, a bacterium-növekedés zónájának nagysága a vérszint becslését is lehetővé teszi.

Újszülöttkori extrauterin élethez való adapt. zavar	Hyperglycinaemia, jávorfaszörp betegség, tyrosinosis Aminosavanyagcsere zavarok Methylmalonsav-, isovaleriánsav ürítés Galactosaemia, Hyperammoniaemia Sóvesztéses szindrómák Szénhidrátintoleranciák
Szellemi károsodás	PKU és egyéb aminosavbetegségek Lesh-Nyhan-szindrómák Lowe-szindróma Tárolási betegségek (Lipoid és Mucopolysaccharida anyagcsere- zavarok), Wilson-kór
Chronikus légző- szervi betegség	Immunodefektusok Mucoviscidosis Alpha-1 antitrypsin defectus
Növekedés zavara	Endokrin kórképek Tubulopathiák Mucopolysaccharidosisok Glycogenosisok Aminosav anyagcserezavarok
Chronikus hasmenés	Coeliakia, Szénhidrát intoleranciák Mucoviscidosis és egyéb malabsor- ptiók Fehérjevesztő enteropathia Acrodermatitis enteropathica Chlorid diarrhea Fehérje intolerancia A-béta lipoproteinaemia
Csontosodási zavar	Endokrin betegségek Tubulopathiák Cystinosis Mucopolysaccharidosisok Malabsorptiók
Infectióra való fokozott hajlam	Cellularis és humoralis immunodefektusok Tárolási betegségek Mucoviscidosis

További vezető tünetek lehetnek:

Vérzékenység, görcs, sárgaság, májcirrhosis, hepatosplenomegalia, szemtünetek (cataracta, szemfenéki elváltozások, cornea homály), hallászavar, izomhypotonia, anaemia, fényérzékenység.

Galactosaemia. Az enzyblock természetétől függően több típusa ismeretes. Mindegyik esetben a galactose intermediaer anyagcseréje zavart. A leggyakoribb forma, a gal-1-P-uridyl-transferase defectus a legsúlyosabb. Az ezzel a betegséggel született csecsemők súlyos gastrointestinalis betegség, sárgaság tüneteivel az első élethetekben meghalhatnak. A többen máj-cirrhosis, cataracta tüneteivel alakulnak ki, a testi fejlődés nagyfokú visszamaradottságával. Időben történő diagnosis esetén a teljesen tejmentes táplálással frappáns hatás érhető el.

A galactosaemia szűrővizsgálata szintén Guthrie módszerével a PKU-szűréshez hasonló módon történhet. Az eljárás tömegszűrés céljára ugyan csak igen alkalmas. 1975. év elejétől kezdve a sze-

gedi Gyermekklinikán ezt a szűrővizsgálatot is elvégezzük.

Minden jel szerint rangsorban az egyik legelső feladattá fog válni a *hypothyreosis* szűrővizsgálata. A megfelelő módszer már rendelkezésre áll. Kellő műszerezettség birtokában ugyancsak az újszülöttek vérével átítatott szűrőpapírkorongok útján vizsgálható. Ennek rendszeressé tételével megvan a remény a hypothyreoid kretenizmus teljes felszámolására, de akkor fog csak igazán kiderülni, mennyivel több ilyen beteg van a valóságban, mint amennyire ezt a klasszikus diagnosztikai módszerekkel, már kifejezett betegségi tünetek esetén, tehát már későn, ki lehetett mutatni.

A már kész, csupán széles körű alkalmazásra váró közölt módszerek sora mellett legújabbban felmerült lehetőség a vörösvérsejtekből kimutatható *adenosindesamidase-hiány* vizsgálata várhatóan hamarosan a rangsor elejére kerül. Kiderült ugyanis, hogy eddig különböző cellularis immunodefektusok hátterében ennek az enzyimnek a hiánya a primaer tényező. A vizsgálat céljára igen praktikus módszert sikerült találni. Agarlemezen a desamidase hatására felszabaduló ammónia viszonylag egyszerűen detektálható (indikátor színváltozás a korong körül).

A *mucoviscidosis* súlyos emésztési és chronikus légzőszervi panaszokkal járó betegség. Korai diagnosissal és gondozással a betegek életkilátásai javíthatók. A legutóbbi években derült ki, hogy a betegség is már újszülöttkorban diagnosztizálható. Az ilyenkor többnyire még tünetmentes betegek meconiuma extrém mennyiségű albumint tartalmaz, ami speciális gyorseszttel gyorsan és egyszerűen kimutatható. Erről a betegségről az volt a vélemény, hogy Magyarországon kivételesen rendkívül ritkán fordul elő. *Gyurkovits* kezdeményezésére Szegeden megindult mucoviscidosis szűrővizsgálatok hamarosan kiderítették, hogy ez a kórkép valószínűleg népbetegség hazánkban is. (Kevesebb mint 2000 újszülött közül egy beteg.)

Egyelőre amiatt, hogy kevésbé gazdaságos vagy amiatt, hogy a kiszűrt esetek kezelése még nincs megoldva, ma még nem végzünk számos betegség kiderítésére szűrővizsgálatot, bár erre a lehetőség már ma megvolna. Ilyenek: fruktóz intolerancia, homocystinuria, cystinuria, histidinemia, hyperglycinaemia, hypophosphatasia, jávorfaszörp betegség (leucin-, izoleucin- és valinanyagcsere-zavar), tyrosinaemia, Wilson-betegség, Lesh-Nyhan-betegség, cystathioninuria, hyperlysinaemia, citrullinaemia, mucopolysaccharidosisok, sulfatidosisok, glycogenosisok.

Hasonlóan vizsgálhatóak volnának az egyes humoralis immunodefektusok, véralvadási faktor hiányállapotok is. A potenciálisan lehetséges program határai beláthatatlanul szélesek, ha meggondoljuk, hogy magas fokú technikai felkészültséget igénylő berendezésekre egyszerre 40 betegség kiderítésére alkalmas, teljesen automatizált eljárásokat ismertettek.

Betegcsoportok célzott szűrővizsgálata

A szűrővizsgálatok témakörében újabb hajtásként még egy irányzat alakult ki, amit célzott szű-

rővizsgálati programként szokás nevezni. Itt a szűrővizsgálatokat nem az egész lakosságon, hanem már bizonyos tünetek jelentkezése esetén, tehát egyes betegcsoportokban végezzük el. A cél ilyenkor a hasonló tüneteket mutató vegyes betegcsoportok közül egyes specifikus kórképek kiszekreltálása. Ez a tevékenység elvileg nem különbözik az egyes kórképek specifikus diagnosztikájától. E program keretében azonban nemcsak az adott beteg pontos diagnosztizálásának kiderítése a cél, hanem arra törekszünk, hogy az egyes kórképeket széles körben kutassuk fel. Az ilyen tevékenységnek is valamilyen tájékoztató jellegű laboratóriumi szűrővizsgálati módszer az alapja. Ennek birtokában a további munkafázisok: a betegcsoportok felkutatásának, a vizsgálati anyag begyűjtésének megszervezése, a kiszűrt esetek specifikusabb vizsgálatokkal centrumban való pontos diagnosztikája, kezelése és gondozása.

Ilyen vezető tünetcsoportokat és a mögöttük rejtőző fontosabb kórképek távolról sem teljes listáját a táblázat mutatja be.

Ebben a csoportban a klinikai tünetekkel való összevetés lehetősége alapján még kevésbé specifikus, egyben még egyszerűbb szűrővizsgálati módszerek is jól hasznosíthatók. Ilyenek: az összreduktión alapuló *vizeletcukor* kimutatás (galactose, fructose, pentose, egyéb cukrok ürítése, sőt fokozott húgysav- és egyéb kóros metabolizmus esetén is pozitív).

Cukor kimutatása *székletben* (malabsorptiók egyes csoportjában).

Vizelet és széklet pH-jának vizsgálata.

Fehérjevizelés (Lowe-syndromában, tubulopathiákban).

Serum fehérjék jelenléte székletben (exud. enteropathia).

Széklet trypsin emésztésének hiánya (mucoviscidosisban).

Vizelet ferrichlorid próba (a PKU-n kívül mintegy további 10 anyagcsere-betegségben pozitív).

A vizelet módosított *Barry-féle foltpróbája* (Szabó és mtsai szerint) a kóros mucopolysaccharida ürítés indikálására.

Ugyanezen célra a *vérkenet* sejtek granulációjának, vacuolizáltságának vizsgálata (László és Szabó).

A *malabsorptiók* vizsgálatára jól bevált saját módszerrel (Gyurkovits—Boda) rendelkezünk, amely a jódozott zsír (Lipiodol) felszívódásával felszabaduló J⁻ ion szelektív membránelektrodával való kimutatásán alapul. A csupán egy csepp vért igénylő vizsgálat igen egyszerű és tömegvizsgálatokra is alkalmas.

Hasonló egyszerű a színes film emésztésének gátlásán alapul a *serum trypsin* gátló anyagának hiányának kimutatására szolgáló, ugyancsak saját módszerünk (Endre—Boda).

Az immunfunkció ellenőrzésének egyre szélesebb körben alkalmazott módszere a *fehérvérsejtek NBT* (nitrobluetetrazolium) próbája, amely alig jár több munkával, mint a vérképvizsgálat. Ennek kóros eltérése az ún. septicus granulomatosis betegségre jellemző, de kvantitatív változá-

sokkal számos egyéb betegségben is számolnunk kell.

A célzott szűrővizsgálatok közül külön kiemelés érdemel az *amniális folyadék alpha-foetoproteinszint vizsgálata* a nyitott gerinchasadákkal járó fejlődési rendellenességek a terhesség elején való kimutatására. Nem szorul bővebb magyarázatra, milyen nagy jelentőségű a már ilyen betegséggel született gyermekkel sújtott családok számára, hogy a próba birtokában garantálni tudjuk, hogy következő terhesség esetén születendő gyermekük ettől mentes lesz, ill. csak ebben az esetben kell kiviselni a terhességet. Legújabban ismeretessé vált, hogy az alpha-foetoprotein szint emelkedés ilyen esetekben az anya véréből is kimutatható, sőt már kidolgozták a minden terhességben az anya véréből elvégezhető tömeges szűrővizsgálat technikáját is, így megvan a remény arra is, hogy a jövőben az ilyen születési hiba teljesen eltűnjön.

Génhordozók kiderítése szűrővizsgálatokkal

Az új vizsgálati program keretében különleges jelentőségű új lehetőség az ún. génhordozás kiderítése.

Ismeretes, hogy az öröklődő anyagcsere-betegségek túlnyomó többségében recessive öröklődnek. A génhordozók, a heterozygoták a beteg szülei, részben testvérei, de nagyszámú beteg hozzátartozótól mentes látszólag egészséges egyén anyagcsere-betegség génhordozója lehet. Ma már úgyis szólván minden anyagcsere-betegség génhordozója specifikus vizsgálattal kideríthető, sőt egyre több tömeges vizsgálatra alkalmas szűrővizsgálati módszer is rendelkezésre áll. Ezen vizsgálatok alapja az a közismert tény, hogy a heterozygoták egyik egészséges chromosomája általában teljesíteni tudja a normális élethez szükséges feladatokat, de terhelés esetén a teljesítmény kisebb, mégpedig az egészséges egyénekéhez képest annak fele lesz.

Az ilyen lehetőségek birtokában, nagyobb számú egyed átvizsgálásával kiderült, hogy a heterozygota génhordozók nem mindig egészségesek. Ahogyan a defectus a terheléses vizsgálattal manifesztálódik, az élet által kiváltott terhelések a heterozygota állapothoz hasonló valódi betegséget válthatnak ki. Ez a törvényszerűség eddig még csak néhány betegségben bizonyított, a folyamatban levő széles körű, rendkívül intenzív kutatások hivatottak eldönteni, mennyire általános érvényű szabályról van szó. De már az eddigi eredmények alapján megvan a remény arra, hogy a heterozygotaság kiderítésével objektív alapra helyezzük az eddig még ködös, de minden orvos által ismert olyan fogalmat, mint: a betegségre, bizonyos betegségekre való egyéni vagy családi hajlam. Ilyen adat pl. az alpha-antitrypsin hiánybetegség génhordozóinak chronikus légzőszervi betegségekre, főleg emphysemára való hajlama, ami főleg akkor manifesztálódik, ha az ilyen egyén egyben dohányzik.

A kérdés aktualitását az adja meg, hogy míg a teljes betegségi manifesztációjú homozygotaság ritka, a heterozygotaság jelentősen gyakoribb. Pl. a mucoviscidosis esetén a betegség 1:2000 gya-

koriságával szemben a heterozygotaság 1:20—30 körüli. Tehát a heterozygotaság kiderítése tömegeket érintő jelentős probléma. A génhordozás kiderítésére szolgáló jelenlegi eredményeket László közleménye összegzi:

Az ilyen úton elérhető lehetőségekre a leg-szebb példa a Tay—Sachs (GM₂ gangliosidosis) betegség. Egyes zsidó közösségek zárt populációjában ez a betegség gyakori, a génhordozók száma pedig 1:20 körüli extrém gyakoriságú. A heterozygotaság a fehérvérsejtek hexosamidase-A aktivitásával viszonylag könnyen kideríthető. A születendő gyermek betegsége pedig az amniális folyadék vizsgálatával biztosan megállapítható. Ezzel minden lehetőség együtt van arra, hogy a különlegesen veszélyeztetett populáció teljesen mentessé válhasson a betegségtől. Máris milliós nagyságrendű közösséget érintő programok vannak e téren folyamatban. Ez egyben arra is jó példa, hogy a genetikai ártalmakkal való fokozott foglalkozás nem vezet szükségképpen az emberiség genetikai terheltségének fokozódásához.

Igen nagy jelentőségű a zsíryanycsere rejtett zavara, amiről kiderült, hogy 40—50 éves korban szív-infarktusra hajlamosít. Legújabbban ezt az anomáliát már az újszülött köldökzsinórvéréből meg lehet állapítani, sőt az is ismeretes már, hogy milyen diétával lehet a vérkémiai eltérést normalizálni.

Klinikánkon Gyurkovits és László dolgoztak ki új módszert a mucoviscidosis heterozygotaság kiderítésére. Az eddigi eredmények szerint már is bizonyosnak látszik, hogy ezek között sokan szenvednek chronikus légzőszervi betegségben, többen az ún. incomplet mucoviscidosis tünetsoportját mutatják, Hasonló jelentőségű témakör a mucopolysaccharidosis heterozygotaság kiderítése, amivel klinikánkon Szabó és László majd László végzett eredményes kutatást.

A kérdés perspektívája már az eddig mondtakból belátható. Bizonyára minden ember több betegség génhordozója. Szinte részletkérdés annak kiderítése, ki milyen népbetegségre hajlamos. Várhatóan a közeljövő programja lesz a máj, a szív, az idegrendszer, a tüdő, a vese, a kötőszövet, az endokrin mirigyek betegségeinek vagy az allergiának az atopiás állapotnak speciális módszerekkel,

diétával, életmóddal, megfelelő pályaválasztással való megelőzése.

Mindebből előre látható, hogy a ma még csak éppen feltárt lehetőség előbb-utóbb gyakorlattá válik. A már ma meglevő ismeretek igen széles mezőnyben folyó munka távlatát vetítik elénk. Ugyanakkor az elméletileg kiaknázható alapok tekintetében is csak a kezdet kezdetén vagyunk. A mondtakból következik, hogy az orvosi tevékenység ezen újabb irányzata elsősorban a gyermekorvosi gyakorlat jelentékeny mértékben egyenesen az újszülött kor körüli egészségügyi tevékenység programja lesz.

Összefoglalás. Az anyagcsere-betegségek kiderítésére szolgáló szűrővizsgáló eljárások 1. az egész populáció (főleg újszülöttek) tömegére; 2. bizonyos betegségi tünetek jelentkezése esetén történő célzott szűrővizsgálatokra, továbbá 3. génhordozók kiderítésére irányulnak. Mind a három területen gyakorlati téren is jelentős előrehaladás történt, ugyanakkor mindez csekély töredéke a ma már alapkutatással feltárt, elméletileg megalapozott lehetőségeknek. Az anyagcsere-betegségek szűrővizsgálatából adódó gyakorlati program végrehajtása főleg a gyermekorvosok feladata lesz. Mindez az orvosi munka alapvető jellegének változásához fog vezetni.

IRODALOM: 1. Czeizel E., Dénes J., Szabó L.: Velezületett rendellenességek. Medicina, Budapest, 1973. — 2. Endre L., Boda D.: Lancet. 1974, I, 631. — 3. Eü. Miniszter 5/1975. (V. 28.) sz. rendelete: Eü. Közlöny. 1975, 25, 12. sz. — 4. Gyurkovits K., Boda D.: Orv. Hetil. 1973, 114, 1545. — 5. Gyurkovits K., László A.: Acta Paediat. Acad. Sci. Hung. 1974, 15, 49. — 6. Knapp, A.: Genetische Stoffwechselstörungen. Fischer Verl., Jena, 1970. — 7. Larsen, P. R., Broskin, K.: Pediat. Res. 1975, 9, 604. — 8. László A.: Heterozygoták kimutatási lehetőségei különböző enzimopathiákban. Közlés alatt. — 9. Levy, M.: Pediatrics. 1972, 49, 825. — 10. Moore, E. C., Menwissen, H. J.: J. Pediat. 1974, 85, 802. — 11. Padeh, B.: Israel J. Med. Sci. 1973, 9, 1330. — 12. Seller, M. J., Singer, J. D., Coltart, T. M., Campbell, S.: Lancet. 1974, I, 428. — 13. Stanbury, J. B., Wyngarden, J. B., Fredrickson, D. S.: The metabolic basis of inherited disease III. Ed. McGraw Hill Co., New York, 1972. — 14. Szabó L., László A., Puljer J., Halász K.: Orv. Hetil. 1973, 114, 988. — 15. Szabó L., Havass Z., Soltysiak, J., Boda D.: Orv. Hetil. 1974, 115, 498. — 16. Venetianer, A.: Clin. Sci. Mol. Med. 1974, 47, 399.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlapiroda, Budapest, V., József nádor tér. Tel. 180-850

Semmelweis Orvostudományi Egyetem
II. Gyermekklinika (igazgató: Kerpel-Fronius Ödön dr.)

Újszülöttkori icterus fénykezelésének indikációja és veszélyei

Hervei Sarolta dr. és Schmidt Marianne dr.

Hazánkban Kemény és mtsai (9), Török és mtsai (21, 22), valamint Szirmai és mtsai (20) számoltak be eddig fénykezelésről koraszülöttsztyálon. Mindegyik közlés hatásosnak találta a fénykezelést, ha azt 10 mg⁰/₀-ot meghaladó serum bilirubin szintnél kezdték, az élet első 2 napján. Obál és mtsai egészséges, érett újszülöttek fénykezelését az élet első napján megkezdték, s a physiologiás icterus significansan alacsonyabb szintjét, valamint a szükséges vércserék jelentős csökkenését észlelték (12). Legutóbb Rosta és mtsai beszámoltak érett újszülöttek therapiás fénykezelésének kísérletéről (17).

Magunk is a vércsere céljából küldött betegek esetében, akiken tehát már prophylaxis nem jöhetett szóba — gyógyító céllal kísértük meg a fénykezelést. Az aránylag kisszámú próbálkozásból leszűrtünk néhány tapasztalatot, melyek alapos elemzésével úgy gondoljuk, hozzájárulhatunk a fénykezelés indikációjának pontosabb körülhatárolásához. Továbbá szeretnénk felhívni a figyelmet néhány problémára, melyek a szülészeti osztályok újszülött osztályain történt fénykezelt betegekkel kapcsolatban merültek fel.

Módszerek

Nyolc darab, 20 wattos „blue light” fénycsővel felszerelt „Medicor” gyártmányú lámpával világítottuk meg az újszülötteket. A lámpa 400—490 nm hullámhosszúságú fényt bocsát ki, a megvilágítás, 80 cm távolságból, ha a nappali fény is hozzáadódik, 800 lux, e nélkül 500 lux. A megvilágítást közbeiktatott szünetek nélkül és a betegek helyzetének változtatása nélkül alkalmaztuk.

Az irodalomban számos közlés van, amelyben 24 órás fénykezelés utáni serum bilirubinszint-csökkenésről számolnak be (19, 2, 15, 8, 16, 23). Patel D. és mtsai a fénykezelést hatástalannak minősítik, ha 24 órán belül nem észlelhető 3—4

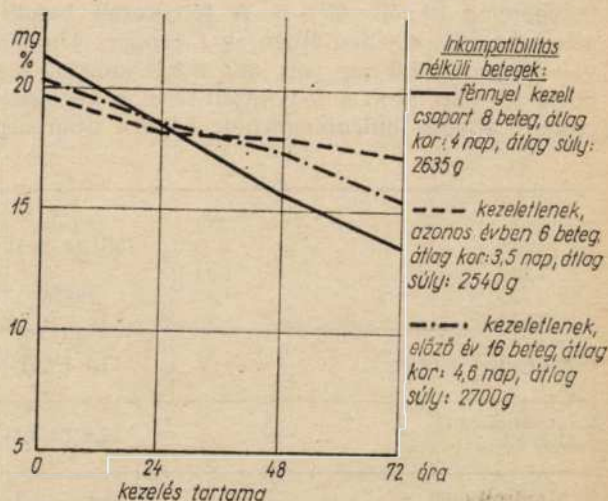
mg⁰/₀-os csökkenés (14). Közülük Rosanelli 4000 lux, Sisson és mtsai 140 footcandle, azaz 1400 lux megvilágítást alkalmazott. A tapasztalatok különbözőségét valószínűleg a különböző minőségű és mennyiségű fényt sugárzó lámpák használata okozza — amit a közlések jó része nem is ismeret pontosan. Lucey szerint a kezelés standardizálásához a lux, ill. footcandle-ben megadott adatok is elégtelenek, ehhez a pontos hullámhossz mellett a „flux” (a sugárzó energia a testfelszín négyzetcentiméterre vonatkoztatva) szükséges (10).

Estrada és mtsai 1973-ban közölték, hogy 44 beteg kezelése kapcsán az adott fényenergia és a mért bilirubinszint-csökkenés között szoros correlatiót találtak (6). Magunknak a fényenergiát nem volt módunkban mérni — a megvilágítás fokát, tehát a luxot is csak annak az időszaknak a végén, melyről jelen közlés szól. Ennek alapján meg kellett állapítani, hogy betegeink megvilágításának mértéke csak a nappali órákban felelt meg az irodalomban talált legalacsonyabb értéknek. [A fényforrás betegtől való távolságának az irodalomban megadott 45—50 cm-re való csökkentése éjszaka 900, nappal 1000—1100 lux megvilágítást biztosít (24).] U. Giunta 1971-ben közölte, hogy koraszülötteket 900 luxszal megvilágított helyiségben tartva, azok 77⁰/₀-ában elkerülhető volt a veszélyesnek ítélt 12 mg⁰/₀-os serum bilirubin szint (7).

Vizsgálataink során fénykezelést kísértünk meg azokon a betegeken, akikben a serum bilirubin szint nem volt még olyan magas, hogy a csak 24—36 óra múlva várható therapiás hatás bekövetkeztéig, veszélyes szint elérésétől kellett volna tartani. Kék fénnel kezeltük még azokat a betegeket, akiken már 1—2 napos korban vércsere volt szükséges, s ezért 2—3 nap múlva újabb veszedelmes bilirubin szinttől kellett tartani. A betegek nem incubatorban, hanem ágyban voltak elhelyezve, a lehűléstől a box külön fűtésével óvtuk őket.

Kontrollként szerepelnek részben az azonos évben technikai okokból fénnel nem kezelt betegek, valamint az előző, még a fénykezelés bevezetése előtti év betegek. A serum bilirubin szintet naponta, esetleg naponta többször ellenőriztük.

Majd megvizsgáltuk 13 olyan beteg adatait,



1. ábra.

No	Serum bil: 0h S. D. mg%	Serum bil: 24h mg%	Serum bil: 48h mg%	Serum bil: 72h mg%
Fénykezelést kaptak..... 8	21,4 (±1)	18,7 (±2,7)	15,7 (±3,0)	13,6 (±3,3)
Kontroll csoport, azonos év: 6	19,8 (±6,6)	18,3 (±2,6)	18,1 (±2,3)	17,2 (±1)
Kontroll csoport, előző év: 16	20,2 (±2,7)	18,7 (±3,1)	17,2 (±6,0)	15,3 (±3,1)

akiket vércsere céljából vettünk fel a szülészeti osztályokról, s akik ezt megelőzően legalább 24 óráig fénykezelésben részesültek szülészeti osztály újszülöttsztyán. A megvilágítás módja nagy valószínűséggel azonos volt a nálunk leírttal.

Eredmények

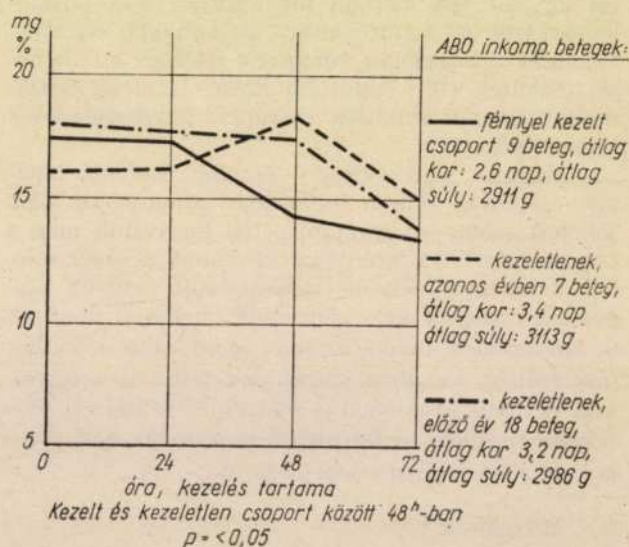
1. Az első csoportban a vércsoport inkompatibilitás nélküli, részben kis súlyú, részben érett betegek kezeléséről számolunk be. A két kontroll csoport átlagos serum bilirubin görbéjével összehasonlítva a fényvel kezelt csoport értékeit, ezen görbék csaknem párhuzamos lefutásából jól látható, hogy a kifejezett csökkenés nem a fénykezelés eredménye, hanem annak, hogy ezen betegek esetében a máj conjugáló képességének megérésekor, tehát a bilirubinaemia spontán csökkenésekor kezdődött a fénykezelés. Ez a fénykezelt betegek átlagos 4 napos életkorának nyilvánvaló következménye. Vércserét a 3 csoport egyik tagja sem igényelt (1. ábra és táblázat).

2. Az AB0 inkompatibilis beteganyag fénykezelésének eredménye a vércserék számának csökkenésén azért sem mérhető le, mert az összes felvett AB0 inkompatibilis beteg átlagos bilirubinszintje felvételtkor, 2,5 napos korban 18,8 mg% volt (S. D. ± 4,8), így az esetek 64, ill. 55%-a felvételtkor azonnal vércserét igényelt.

A 2. ábrán, ill. 2. táblázaton foglaltuk össze az AB0 inkompatibilis csoportból azoknak a betegeknek az adatait, akiknél a felvételtkor vércsere nem volt szükséges, tehát az egész AB0 inkompatibilis beteganyag 34, ill. 45%-a. A fénykezelt betegek átlagos életkora, ellentétben az I. csoport 4 napjával, átlagosan 2,6 nap volt, míg a két kontroll csoporté 3,3 nap. Sem a fénykezelt, sem a kezeletlen csoport átlagos bilirubingörbéje 24 óra után nem

változott. A második napon azonban csökkent a fényvel kezeltk bilirubinaemiája. Ez a csökkenés a 4. életnapra esik, amikor a máj conjugáló képességének az érése is szerepel már, de ha az értékeket a két kontroll csoport görbéjével összehasonlítjuk, a különbség statisztikailag szignifikáns ($p < 0,05$), így a fénykezelés javára írható. Ennek jelentőségét csak növeli az, hogy a kontroll csoportnál a fénykezelt csoport még valamivel fiatalabb is volt.

3. A fénykezelés effektusát igyekeztünk lemérni azon AB0 inkompatibilis betegeken, akikben 1—2 napos életkorban csere-transfuziót kellett végezni. Ezeket Behrman és Hsia (1) javaslatának megfelelően egy második vércsere elkerülése ér-

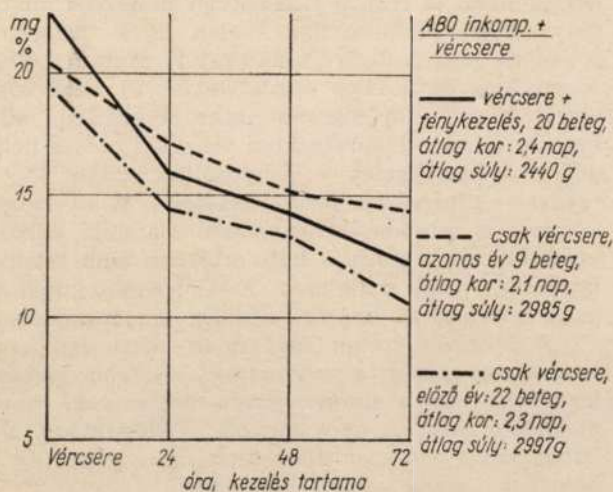


2. ábra.

2. táblázat

No	Serum bil: 0h S. D. mg%	Serum bil: 24h mg%	Serum bil: 48h mg%	Serum bil: 72h mg%
Fénykezelést kaptak..... 9	17,1 (±6)	17,0 (±4,9)	14,1 (±2,8)	13,2 (±3,13)
Kontroll csoport, azonos év: 7	15,9 (±3,1)	16,2 (±3,0)	18,0 (±1,0)	15,0 (±3,5)
Kontroll csoport, előző év: 18	17,8 (±4,3)	17,5 (±3,5)	17,2 (±3,8)	13,4 (±2,8)

	N°	Serum bil: 0 ^h S. D. mg%	Serum bil: 24 ^h mg%	Serum bil: 48 ^h mg%	Serum bil: 72 ^h mg%
Vércsere + fénykezelés	20	22,1 (±5,3)	16,0 (±3,5)	14,0 (±2,5)	12,7 (±3,4)
csak vércsere, azonos év ...	9	20,6 (±5,1)	17,2 (±3,8)	15,2 (±4,0)	14,7 (±3,1)
csak vércsere, előző év	22	19,6 (±5,7)	14,4 (±2,6)	13,3 (±2,8)	10,6 (±4,9)



3. ábra.

dekében a vércsere után megkíséreltük a fénykezelést.

A 3. ábrán látható, hogy a fénykezelt csoport átlagos bilirubingörbéje hasonló lefutású a kontroll csoportokéhoz. Valószínű, hogy ha kizárólag 24 órán belül vércserére kerültek, állt volna a vizsgált csoport, különbség lett volna kimutatható.

4. Negyedik csoportunk közös jellemzője, hogy a beküldés előtt a szülészeti osztályon fénykezelésben részesültek, legalább 24 óráig. Ezen betegek adatai között feltűnik, hogy átlagos serum bilirubin szintjük 31,1 mg% (S. D. ± 3,22) — míg ugyanazon időszakban, a többi beteg átlagos serum bilirubin szintje felvételtkor 20,3 mg% (S. D. ± 6,5) volt (4. táblázat).

Megbeszélés

Lucey 1972-ben megjelent összefoglaló munkájában megállapítja, hogy a fénykezelés hatásos-

Kék-fény kezelés újszülött osztályokon

4. táblázat

Név, születési súly	Diagnózis	Fénykezelés kezdete		Klinikai felvétel		
		kor	se. bil. mg%	kor	bil. mg%	hgb. g%
1. E. G. 2800 g.....	A-O isoimm.	1 nap	16,9	3 nap	30,1	15,0
2. R. J. 3000 g.....	Exsiccosis phys. ict.	4 nap	15,8	5 nap	29,4	22,4
3. L. K. 3000 g.....	B-A inkomp.	3 nap	21,7	4 nap	31,0	16,3
4. B. I.	Sepsis	64 óra	16,0	3 nap	29,1	20,6
5. T. G. 2800 g.....	Ismeretlen eredetű ict.	3 nap	12,0	4 nap	31,9	22,4
6. K. M. 2550 g.....	A-O inkomp.	3 nap	15,6	4 nap	26,0	16,6
7. N. A. 2000 g.....	Koraszülött icterus	3 nap	„min. ict.”	5 nap	30,3	20,0
8. A. T. 3100 g.....	A-O inkomp.	2 nap	9,7	3,5 nap	34,2	17,6
9. P. A. 2700 g.....	A-O inkomp.	2 nap	„kezdődő icterus”	4 nap	31,8	18,8
10. K. J. 2200 g.....	A-O isoimm.	2 nap	9,2	3 nap	30,8	17,0
11. M. T. 3300 g.....	Ismeretlen eredetű hyper- bilirubinaemia	3 nap	15,5	4 nap	28,8	22,0
12. M. A. 2250 g.....	Koraszülött	3 nap	?	5 nap	39,4	19,4
13. S. Sz. 3400 g.....	Ict. ex haema- toma	3 nap	?	5 nap	32,0	16,5

A szülészeti osztályokon történt fénykezelés után a klinikára felvett betegek átlagos serum bilirubin szintje: 31,1 mg% ± 3,22

ságát két módon lehet mérni: vagy 1. koraszülötteken a 15 mg⁰/₁₀₀ serum bilirubin szint elkerülésén, vagy 2. vércsoport inkompatibilis esetekben a vércserék számának csökkenésén (10).

Az általunk a klinikán fénykezelt betegek megfigyelése kapcsán a fenti meghatározások alapján a következők állapíthatók meg: 1. Az inkompatibilitás nélküli, icterusos betegeket 4 napos életkorban, már 15 mg⁰/₁₀₀ serum bilirubin szint elérésekor vettük fel, ezek icterusa 1—2 napon belül csökkent — de a kontroll csoportokkal összevetve, nem a fénykezelés eredményeképpen, hanem a máj conjugáló képességének megérése következtében. Tehát 3,5—4 napos életkorban, érett újszülötteken a fénykezelés indokolatlan, mert a spontán csökkenéssel egybeesik. 2. Pathológiás újszülöttsztyálynkon fénykezelt betegeink átlagos bilirubingörbéje csak az AB0 inkompatibilis, felvételnél vércserét nem igénylő, átlagosan 2,5 napos, érett csoportban különbözik szignifikáns módon a két kontroll csoporttól. A kontroll csoport egyik tagja sem igényelt a későbbiekben vércserét, de ezek beküldésekor csaknem egy nappal idősebbek voltak a fénykezeltéknél — tehát a Lucey által megszabott 2. kritériumnak ez a csoport valószínűleg azért nem felelt meg. 3. Az AB0 inkompatibilis betegeink jelentős részén már beküldésekor vércserét kellett végezni. Arra a kérdésre, hogy korai 1—2 napos korban végzett vércsere után alkalmazott fénykezeléssel sikerült-e egy második vércserét elkerülni, adataink alapján eseteink kis száma, ill. a kis számú, már egy napos korban kezelt beteg miatt nem adható válasz, ui. a 3 csoport egyetlen tagján sem volt szükség második vércserére. A fénykezelés hatásosságát nem bizonyítja, de valószínűsíti, hogy a fénykezelt csoportban több kis súlyú szerepelt.

Ente és Klein 1970-ben a fénykezelésnek 14-féle észlelt, ill. feltételezett veszélyét gyűjtötte össze az irodalomból (5). Ezek közül a mindennapi gyakorlatban elsősorban a fokozott folyadékvesztéssel kell számolni. Oka részben az egzakt módon bizonyított fokozott perspiratio insensibilis (25, 13, 26), részben a gyakori, híg székletek. A gyorsult passage-t nem önmagában a fénykezelés okozza, hanem a hatására létrejövő bilirubinürítés (2, 3, 11, 18, 4). Fénnyel kezelt betegeink átlagos napi folyadékbevitel 190 ml/kg volt. A fénykezelés alatt a betegek súlya átlagosan 100 g-ot emelkedett, tehát anyagunkban a használt folyadékmennyiséggel a veszteség megelőzhető volt.

Lucey és Ente (10, 5) egyaránt felhívták a figyelmet arra, hogy a fénnyel kezelt betegek bőrszíne alapján már nem ítéltethető meg az icterus, ezért fénykezelés közben sokkal gyakoribb serum bilirubin ellenőrzés szükséges, főként az élet első 48 órájában, akár 8—12 óránként!

Az előzőekben leírt próbálkozásaink — a vércsere céljából felvételre került icterusos betegek kezelése — s az abból leszűrt tapasztalatok, úgy gondoljuk, megengedhetővé teszik, hogy a 4. táblázatban ismertetett, a szülészeti osztályokon, előzőleg fénykezelésben részesített betegek, igen súlyos állapotának okait elemezzük.

A 8. és 10. számú esetben 10 mg⁰/₁₀₀ alatti se-

rum bilirubin érték mellett kezdődött a fénykezelés — mely az 1½ nap múlva történt beküldésekor 30 mg⁰/₁₀₀-nak bizonyult. A 7. és 9. számú esetben a fénykezelés bilirubinmeghatározás nélkül kezdődött és a tisztázatlan kiindulási érték mellett, a 2., 5. és 11. beteghez hasonlóan, a megfelelő folyadékpótlás elmaradása okozta dehydration az extrem magas serum bilirubin szint kialakulásához vezetett. A 2. számú eset fénykezelése nem volt indokolt a 4 napos életkorban és kizárólag a beteg exsiccálódását eredményezte. Az 1. számú esetben indokolatlan volt a fénykezelés, mert a 24 órában 16,9 mg⁰/₁₀₀ serum bilirubin szintű betegen már vércsere elvégzése szükséges. A 4. eset, az irodalomban is (13), a tisztázatlan diagnosis miatt fénykezelésre alkalmatlan esetek közé tartozott. A súlyos idegrendszeri tüneteket is mutató beteg icterusának hátterében sepsis volt. A 12. beteg koraszülött volt, Rh inkompatibilis konstellatio állt fenn — minden laboratóriumi vizsgálat nélkül kezdődött a fénykezelés — dehydráltan, súlyos idegrendszeri tünetekkel került felvételre. A 13. beteg kezelése is minden laboratóriumi vizsgálat nélkül kezdődött, exsiccosisa a hgb. értékben nem jut kifejezésre, mert hatalmas hasi haematomájától, mely icterusát is okozta, előzőleg anaemizálódott.

A felsorolt esetek aggasztóak, mert egy igen hatásos és főleg a vércserével összehasonlítva, igen ártalmatlan eljárás, hibás indikációval, nem megfelelő módon, nem megfelelő időpontban alkalmazva, a módszer discreditálásához vezet és a betegnek haszon helyett kárt okoz.

Összefoglalás. Szerzők pathológiás újszülöttsztyálon 17, részben inkompatibilitás nélküli, részben AB0 inkompatibilitás okozta hyperbilirubinaemiában szenvedő újszülött fénykezeléséről számolnak be, és az eredményeket kontroll csoportokkal egybevetik. Megfigyeléseikből a következő tanulságokat vonják le: 1. a fénykezelés megkezdése szükségtelen a 3. életnap betöltése után, érett újszülötteken, mert ilyenkor a máj conjugáló képességének megérése miatt várható a bilirubin spontán csökkenése; 2. a fénykezelés bevezetése vércserével kezelt betegeken valószínűleg csak akkor érdemes, ill. indikált, ha a vércsere az élet első napján történt; 3. a fénykezelés alatt a betegek 190 ml/kg folyadékot igényeltek, dehydration elkerülésére; 4. 13 szülészeti osztályon fénykezelt, majd a klinikára beküldött beteg adatai arra engedtek következtetni, hogy a fénykezelés két komoly veszélyére: a dehydrationra és arra, hogy a kezelés közben az icterus szemmel már nem követhető — nem fordítanak kellő figyelmet.

A mérések elvégzéséért Poppe Kornélné fizikusnak tartozunk köszönettel.

IRODALOM: 1. Behrman, R. E., Hsia, D.: J. Pediatrics. 1969, 75, 718. — 2. Broughton, P. M. és mtsai: Arch. Dis. Childh. 1965, 40, 214. — 3. Brown, R. J. és mtsai: Brit. Med. J. 1970, I, 498. — 4. Callahan, E. W. és mtsai: Pediatrics. 1970, 46, 481. — 5. Ente, G., Klein, S. W.: New Engl. J. Med. 1970, 283, 544. — 6. Estrada, M. és mtsai: Ped. Pes. 1973, 7, 401. — 7. Giunta, F.: Pediatrics. 1971, 47, 123. — 8. Kaplan, E.

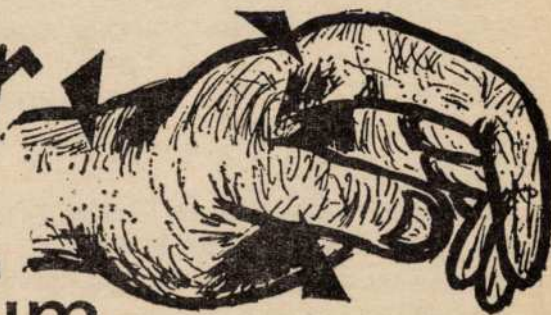
és mtsai: J. Pediat. 1971, 79, 911. — 9. Kemény P., Loránd Zs., Szokolay V.: Orv. Hetil. 1968, 109, 2091. — 10. Lucey, F. J.: Ped. Clin. N. A. 1972, 19, 4. — 11. Lund, H. T., Jacobsen, J.: Acta Paediat. Scand. 1972, 61, 693. — 12. Obál N., Thurzó T., Mészáros I.: Acta paediat. Acad. Sci. Hung. 1973, 14, 201. — 13. Oh, W. és mtsai: Acta Paediat. Scand. 1973, 62, 49. — 14. Patel, D. és mtsai: J. Pediat. 1970, 77, 1048. — 15. Pettermann, H. D.: Kinderärztl. Pr. 1969, 497, 37. — 16. Rosanelli, K.: Mschr. Kinderheilk. 1972, 120, 354. — 17. Rosta J. és mtsai: Gyermekgyógy. 1975, 26, 174.

— 18. Rubatelli, F. F., Largajolli, G.: Acta Paediat. Scand. 1973, 62, 146. — 19. Sisson, T. R. C. és mtsai: J. Pediat. 1971, 79, 904. — 20. Szirmai Zs. és mts.: Gyermekgyógy. 1973, 24, 82. — 21. Török J., Gáthy I.: Orv. Hetil. 1968, 109, 2094. — 22. Török J., Gáthy I.: Gyermekgyógy. 1972, 23, 45. — 23. Wong, V. K., Wood, S. B.: Arch. Dis. Childh. 1973, 48, 9. — 24. Wu, P. K., Berdalla, M.: J. of Pediat. 1974, 84, 754. — 25. Wu, R. Y., Hodgman, J.: Clin. Res. 1972, 20, 284. — 26. Wu, P. és mtsai: Pediat. Res. 1974, 8, 257.

Figyelem! Új csomagolás!

Arthrofluor

kenőcs



Antirheumaticum

ÖSSZETÉTEL: 1 tubus (25 g) 0,025 g natrium fluoratumot tartalmaz hydrophil kenőcs alapanyagban. Az 50 g tubus 0,05 g hatóanyag-mennyiséget tartalmaz.


JAVALLATOK: Degeneratív ízületi elváltozások, spondylosisok, arthrosishoz társuló arthritisek — gyulladásos ízületi kórformák, posttraumás arthritisek —, valamint myalgiaák esetében terápiás kiegészítésként.

ADAGOLÁS: Naponta egy vagy több (2–3) alkalommal a fájdalmas testrészt (ízület) és környékét vékonyan bekenni és a kenőcsöt bedörzsölni. A kezelés legalább egy héten át folytatandó.

FIGYELMEZTETÉS: Kenőcsös kézzel a szemhez nyúlni nem szabad!

MEGJEGYZÉS: ✖✖ Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 1 tubus (25 g) 6,70 Ft
1 tubus (50 g) 13,40 Ft

Biogal 
2235

ORVOSI SZAKKÖNYVEK

és egyéb művek

KEDVEZŐ VÁSÁRLÁSI FELTÉTELEKKEL!

Böszörményi M.—Katona L.—Schweiger O.: A FELNŐTTKORI TÚDÓBETEGSÉGEK KLINIKUMA	82,— Ft
Dobszay L.—Sárkány J.: A CSECSEMŐTÁPLÁLÁS 5. átd. kiad. (A gyakorló orvos könyvtára)	31,— Ft
Galgóczy J.: BÖRGOMBÁK — GOMBÁS BÖRBETEGSÉGEK	60,— Ft
GASTROINTESTINALIS ENDOSCOPIA. Szerk. Papp János	25,50 Ft
Goreczky L.—Sós J.: KLINIKAI KÉMIAI—LABORATÓRIUMI ZSEBKÖNYV	25,— Ft
Issekutz B.—Issekutz L.: GYÓGYSZERRENDELÉS. 3. átd. kiad.	98,— Ft
Karlson, P.: BIOKÉMIA	88,— Ft
PHYSIOTHERAPIA. Szerk. Bozsóky S.—Irányi J.	57,— Ft
Ruzicska Gy.—Takács I.: KORAI ÉS KÉSŐI TERHESSÉGI TOXICOSIS	72,— Ft
SPORT A CSALÁDBAN. Szerk. Takács L. 2. jav. és bőv. kiadás	57,— Ft
MAGYARORSZÁG AUTÓATLASZA. M: 1 : 360 000	95,— Ft
EUROPA TOURING — AUTOMOBILFÜHRER (Hallwag)	461,— Ft

A könyvek megrendelhetők levélben vagy postai levelezőlapon.

Készpénzfizetés esetén 200 Ft felett a szállítás költségmentes.

Részletvásárlásnál a postaköltséget, továbbá a 3% kezelési költséget felszámítjuk.

Részletfizetési kedvezményeink: 200 Ft felett 4 havi, 500 Ft felett 6 havi törlesztés.



**Címünk: Művelt Nép Könyvterjesztő Vállalat
MŰSZAKI ÉS IDEGEN NYELVŰ
könyvesboltja**

3530 MISKOLC

Széchenyi u. 54.

Kérjük a megrendelés alkalmával az alábbi adatok feltüntetését

Dátum — megrendelő aláírása	Részletfizetés esetén
A megrendelő neve	születési év, hely
címe irányítószámmal	anyja neve
	személyi ig. száma

In vitro gyógyszerérzékenységi vizsgálatok Kanamycin és Tobramycin

Éliás Béla dr. és Körmendy Béla dr.

A nagyüzemi állattartás korszerű módszereinek elterjedésével mind nagyobb jelentőségre tesznek szert azok a kórképek, amelyek kiváltásában nemcsak, vagy nem elsősorban pathogen, hanem fakultatív pathogen csírák is szerepet játszanak. Az ilyen törzsek jelentős része az állatorvosi használatban levő antibiotikum készítményekkel szemben rezisztenciát vagy mérsékelt érzékenységet mutat. Ezek az okok magyarázzák humán vonatkozásban is azt a nagyarányú kutatómunkát, amelynek célja újabb hatékony antibiotikumok felfedezése.

Embergyógyászatban rendszeresen jelennek meg közlemények, amelyek egy-egy új antibakteriális tulajdonságú gyógyszerre hívják fel a figyelmet. Ezek közé tartozik a Kanamycin és a Tobramycin is.

A Kanamycin a Kanamycinnek egy tisztított, hatékony változata (2' amino 2' deoxy kanamycin szulfát) (1).

A Tobramycin a *Streptomyces tenebrarius* antimicrobialis agenseinek egyik leghatékonyabb, legaktívabb antibiotikuma.

Mindkét készítmény aminoglycosida, amelynek előnyeit a nagyszámú irodalmi hivatkozás tükrében a következőkben foglaljuk össze:

1. Széles spektrumú antibiotikumok, amelyek a Gram negatív baktériumokra is hatásosak.
2. Baktericid tulajdonsággal rendelkeznek.
3. Olyan törzsekre is hatékonyak, amelyekre a használatban levő antibiotikumok már hatástalanok.
4. Stabil vegyületek, más gyógyszerekkel is kombinálhatók.
5. Adagolásukat magas vér-, szerv- és vizeletkoncentráció követi (2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18).

Állatgyógyászatban a terápiás lehetőségeket vizsgálva mind gyakrabban találkozunk olyan baktériumtörzsekkel, amelyek által kiváltott kórképek gyógykezelése nem kis problémát jelent a szakember számára (4). E megfontolások alapján kísérleteket végeztünk a Kanamycin és a Tob-

ramycin minimál gátló koncentrációjának (MIC) tanulmányozására. Vizsgálatainkhoz *Klebsiella*, *Staphylococcus* és *Pseudomonas* törzseket használtunk.

Saját vizsgálatok

Anyag

1. Baktérium tesztörzsek: *Klebsiella* pn. 770/2447, *Staphylococcus* au. 1464/82, *Pseudomonas aeruginosa* Baja 732/15/3. A törzsek az OAI törzsmúzeumából valók.
2. Törzsek jelzései:

Klebsiella pneumoniae	Pseudomonas aeruginosa	Staphylococcus aureus
217	740/50	133
2048	696/33	179
920	696/310	25
341/93	663/93	232/140
1391/226	646/95	191
X	497/36	26
1824/119	497/35	93
Nagykörös	497/31	28
1022/1	470	3
920/4	446/93	139
755/II.	446/52	198/187
1677	446/13	384/41
1969	446/2	32/26
761/93	257/95	74/77
499	351	39
1391/a	257/95	81/215
1022/2	77/31	60
8/6	6/72	64/169
1821/164	257/60	20/164
1824	826	165/161
3/9		64/170
		30/170
		81/223
		13/167

A vizsgált antibiotikumok: Tobramycin és Kanamycin szulfát (Biogál, Debrecen).

Módszer

1. A baktériumok elszaporítására és a MIC meghatározására azonos minőségű, 1% szőlőcukortartalmú, azonos mennyiségű (9 ml) leves táptalajt használtunk.

Az inoculumok készítéséhez 18 órás és 37 °C-on incubált levestenyészet 0,5–0,5 ml-et mértük be olyan levesekbe, amelyek a vizsgált antibiotikumokból 1,25; 2,5; 5; 10; 15; 20; 25 és 50 µg/ml-t tartalmaztak.

Az inoculumok 0,5 ml-e az alábbi csíraszám értéket mutatta: *Staphylococcus aureus*: 10⁴, *Klebsiella pneumoniae*: 10⁵, *Psm. aeruginosa*: 10⁴.

Kontrollként két olyan levestáptalajt használtunk, amelyek közül az egyikbe az inoculumokkal azonos baktériummennyiséget vittük be, a másik baktériummentes maradt.

Meghatároztuk MOM—UVIFOT fotométerrel a fényeszűrők IL állásában a steril és a beoltott táptalajok 0 és 18 órás denzitását. Ugyanebben az időben szélesztési eljárással csíraszámolást is végeztünk. A csíraszámoláshoz az inoculumokat Takátsy-féle kacsával vittük fel.

2. Rutin anyagból származó 21 *Klebsiella* pn. törzset 40 µg/ml, 20 *Pseudomonas aeruginosa* törzset 15 µg/ml, 24 *Staphylococcus aureus* (coag +) törzset 25 µg/ml Kanamycin-t tartalmazó szilárd táptalajon vizsgáltuk.

Ugyanezeknek a törzseknek Tobramycin-nel szembeni érzékenységét is ellenőriztük, a *Klebsiella* esetében 20 µg/ml, *Pseudomonas* törzseknél 5 µg/ml, *Staphylococcus* törzseknél pedig 2,5 µg/ml hatóanyag jelenlétében.

A baktériumtörzsek gyógyszerérzékenységi vizsgálatát olyan 1% szőlőcukortartalmú levestenyészettel végeztük, melyeket 6 órán át 37 °C-on szaporítottunk el. Az inoculumokból Takátsy-féle kaccsal oltottunk ki a gyógyszerartalmú táptalajra.

Eredmények

1. A két gyógyszer tesztörzsekkel való kipróbálásának részletes eredményét az 1. és 2. táblázat tartalmazza.

A tesztörzsek antibiotikumrezisztenciáját a 3. táblázatban mutatjuk be.

1. táblázat

Táptalaj ml/μg								
Kanendomycin	50	25	20	15	10	5	2,5	1,25
Staphylococcus	—	—	—	+	+	+	+	+
Klebsiella	—	+	+	+	+	+	+	+
Pseudomonas	—	—	—	—	+	+	+	+

2. táblázat

Táptalaj ml/μg								
Tobramycin	50	25	20	15	10	5	2,5	1,25
Staphylococcus	—	—	—	—	—	—	—	+
Klebsiella	—	—	—	+	+	+	+	+
Pseudomonas	—	—	—	—	—	—	+	+

2. A módszer 2. pontjában szereplő rutin vizsgálatok során izolált 21 klebsiella törzset 40 μg/ml, 20 pseudomonas törzset 15 μg/ml, 24 staphylococcus törzset 25 μg/ml Kanendomycint tartalmazó táptalajon vizsgálták. A Tobramycin esetében ezek az értékek klebsiellák esetében 20 μg/ml, pseudomonasoknál 5 μg/ml, staphylococcusoknál 2,5 μg/ml volt. A törzset a különböző koncentrációjú antibiotikumok jelenlétében 48 órán át történő megfigyelés során fejlődést nem mutattak.

A rutinból izolált törzsek antibiotikumrezisztenciáját a 4. táblázatban foglaltuk össze.

Megbeszélés

Itt szeretnénk megjegyezni, hogy néhány szerző a vizsgálatainkban használt baktériumtörzsekkel megegyező specíesekbe sorolt törzsek érzékenysége tekintetében a mienkéitől eltérő eredményt talált (pl. psm.-gátlást észleltek 0,75 μg/ml Tobramycintartalomnál) (3, 6). Ennek az észlelésnek nyilvánvalóan az a magyarázata, hogy az általunk használt praeparatum tisztább, talán koncentráltabb formában tartalmazhatta a hatóanyagot. Más vonatkozásban az egyes törzsek eltérő érzékenysége miatt a specíesek érzékenységét két szám közé eső zónaértékkel jellemzik (18). Kétségtelen, hogy az egyes törzsek bizonyos fokú különbséget mutatnak a gyógyszerérzékenység tekintetében, s a szélső variánsok különösen nagyszámú törzs vizsgálata

3. táblázat

	Penicillin	Streptomycin	Oleandomycin	Neomycin	Nitrofurantoin	Chloramphenicol	Tetracyclin	Superseptyl	Erythromycin	Polymyxin	Gentamycin
Pseudomonas aerug. 732/15/3	R	MÉ	R	É	R	R	R	R	R	É	É
Staphylococcus au. 1464/82	R	É	É	É	É	É	É	R	É	É	É
Klebsiella pn. 770/2447	R	É	R	É	MÉ	É	É	R	R	É	É

Magyarázat: É = érzékeny
MÉ = mérsékelt érzékeny
R = rezisztens

4. táblázat

	21 Klebsiella pneumoniae törzs			20 Pseudomonas aeruginosa törzs			24 Staphylococcus aureus törzs		
	É	MÉ	R	É	MÉ	R	É	MÉ	R
Penicillin			21			20	16	5	3
Streptomycin	4	17		3	12	5	21	2	1
Oleandomycin			21			20	22	2	
Neomycin	14	7		19	1		24		
Nitrofurantoin	2	7	12		1	19	23	1	
Chloramphenicol	8		13			20	21	2	1
Tetracyclin	7	8	6			20	18	4	2
Erythromycin			21		1	19	17	2	5
Polymyxin	15	6		19		1	17	7	
Superseptyl			21			20			24

esetén jelentkeznek. Ezek az eltérések nem nagyok, s megítélésünk szerint helyesen járunk el, ha a species érzékenységet azzal a gyógyszerkoncentráció számértékével jelezzük, amely a legkevésbé érzékeny törzset is visszazorította.

Az általunk elvégzett in vitro vizsgálatok — a nagyszámú irodalmi adattal megegyezően — azt bizonyítják, hogy a két antibiotikum kitűnően lenne alkalmazható olyan kórokozókban, amelyek kiváltásában a kórokozó csírák a jelenleg forgalomban levő gyógyszerkészítményekkel nehezen vagy egyáltalán nem visszazoríthatók (1, 3, 6, 9, 14, 16, 18).

A ma még költségesnek látszó készítmény alkalmazása napjainkban elsősorban értékes állományok kezelésekor fizetődne ki, de az előállítás költségeinek csökkenése esetén beláthatatlan lehetőségek nyílnának a gyógyszerek állatorvosi alkalmazása előtt. Az alkalmazás alapfeltétele, hogy az in vitro vizsgálatok igen kedvező eredményét in vivo vizsgálatokkal is kiegészítsük. A humán vonatkozásban szerzett tapasztalatok a felszívódás és kiürülés tekintetében kedvezőek (3, 11, 12, 14, 15). A gyógyszerek igen gyorsan szívódnak fel, viszont a veséken át viszonylag gyorsan ki is ürülnek. Ezért veteriner alkalmazásuk előtt elengedhetetlen a gyógyszerek retard hatásáról is gondoskodni.

Összefoglalás. A szerzők 2 antibakteriális anyag; a Tobramycin és a Kanandomycin minimál gátlási koncentrációját (MIC) határozták meg törzsmúzeumból származó, állatorvosi kórozetekből izolált *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* és *Pseudomonas aeruginosa* törzseken. E gyógyszerek a baktériumtenyészetekre el-

térő koncentrációban, de gátló hatásának bizonyultak. A gyógyszerek hatékonyságát a tenyészetek denzitásvizsgálatával és szélesztési eljárással egyaránt ellenőrizték.

A vizsgálatok eredményét illetően utalnak az „Eredmények” fejezetre. Az in vitro végzett vizsgálatokból a szerzők azt a következtetést vonják le, hogy a Tobramycin és a Kanandomycin kitűnő hatékonysággal rendelkezik a kísérletben használt Gram pozitív és Gram negatív törzsekre. E laboratóriumi eredmények további laboratóriumi megfigyelésekre és kísérleti célból in vivo vizsgálatok elvégzéséhez nyújthatnak segítséget.

IRODALOM: 1. Burger, L., Sanford, J. P., Zweighaft, T.: Amer. J. Med. Sci. 1973, 265, 135. — 2. Federspil, P.: Arzneimittelforsch. 1973, 12, 1739. — 3. Jaffe, G. és mtsai: Antimicrob. Agents Chemother. 1974, 5, 75. — 4. Körmendy B.: Magy. Áor. Lapja. 1973, 28, 629. — 5. Klastersky, J., Daneau, D., Maertelaer, B.: Clin. Pharmacol. Ther. 1973, 14, 104. — 6. Laxer, R. M., Mackay, E., Marx, M.: Chemotherapy. 1975, 21, 90. — 7. Lockwood, W., Bower, J.: Antimicrob. Agents Chemother. 1973, 3, 125. — 8. Meyers, B., Hirschman, S.: J. Clin. Pharmacol. and new Drugs. 1972, 12, 313. — 9. Molavi, A. és mtsai: Chemotherapy. 1973, 18, 7. — 10. Regamey, C., Gordon, R. C., Kirby, W. M.: Clin. Pharmacol. Ther. 1973, 14, 396. — 11. Simon, C.: Med. Welt. 1973, 24, 1852. — 12. Simon, V., Mosinger, E., Malerczy, V.: Antimicrob. Agents Chemother. 1973, 3, 445. — 13. Stark, W. M., Hoehn, M. M., Cox, N. G.: Antimicrob. Agents Chemother. 1967, 314. — 14. Stretford, B. C., Dixon, S., Cobroft, A.: Lancet. 1974, 1, 378. — 15. Tokuji Ichikawa, M. D.: Symposium on Kanandomycin. Tokyo. 1968, 15, 11. — 16. Valdivieso, M. és mtsai: Amer. J. med. Sci. 1974, 268, 149. — 17. Weinstein, A.: Antimicrob. Agents Chemother. 1973, 4, 432. — 18. Yourassowsky, E., Schoutens, E., Vanderlinden, M. P.: Chemotherapy. 1975, 21, 45.

DROPERIDOL

injekció

ÖSSZETÉTEL: 1 üveg (10 ml) 25 mg 1-1-[4(p-fluorophenyl)-4-oxobutyl]-1,2,3,6-tetrahydro-4-pyridil) benzimidazol-2-onum-ot tartalmaz 10 ml vizes oldatban.

JAVALLATOK: Eszközös vizsgálatok, endoscopy vizsgálatok, sebészeti beavatkozások és különböző típusú narcosisok előkészítése. Különösen előnyösnek mutatkozik idős, leromlott, rossz általános állapotban levő, labilis keringésű betegeknek. A postoperatív szakban jelentkező psychés nyugtalanság kezelése. A különböző eredetű intoxikációk, shock-állapotok, valamint súlyos égek komplex kezelésének egyik gyógyszere, mely szív-, máj-, vesekárosodások esetén is alkalmazható. Fő indikációs területe a neuroleptanalgesia, ahol Fentanyl inj. -val kombináljuk.

ADAGOLÁS: Felnőtteknek: Műteti előkészítésre: 2,5–5 mg (1–2 ml) 15–45 perccel a műteti beavatkozás megkezdése előtt, intramuscularisan. Műteti érzéstelenítésre: 15–20 mg (6–8 ml) intravenásan. Műteti érzéstelenítés fenntar-

tására: hosszabb műtéteknél 2,5–5 mg (1–2 ml) ismételt adása is szükséges lehet. Postoperatív szakban: 2,5–5 mg (1–2 ml) intramuscularisan. Ez az adag szükség esetén 6 óránként megismételhető.

Gyermekeknek: Műteti előkészítésre: testsúlykilogrammonként 0,1 mg a műteti beavatkozás megkezdése előtt intramuscularisan. Műteti érzéstelenítésre: testsúlykilogrammonként 0,2–0,4 mg intravenásan, vagy 0,3–0,6 mg intramuscularisan. Az ismertetett mennyiségek természetesen a beteg állapotától függően módosulhatnak.

MELLÉKHATÁSOK: Extrapyramidalis tünetek elsősorban az átlagosnál nagyobb dózisok alkalmazása során fordulhatnak elő, ezek a mellékhatások antiparkinson szerek alkalmazásával megszüntethetők. Túladagolásakor vagy jelentős hypovolaemiában nagyobb vérnyomásesés alakulhat ki. Az első esetben analeptikumok, sympathicomimetikumok adásával, a második esetben megfelelő volumen-pótlással az állapot jól befolyásolható.

MEGJEGYZÉS: Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézetben felhasználás céljára. Lejáratí idő: 2 év.

CSOMAGOLÁS: 5 × 10 ml 69,10 Ft.
50 × 10 ml 673,— Ft.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
I. Gyermekklinika (igazgató: Gerlóczy Ferenc dr.)

Idegrendszeri megbetegedések rheumás lázban

Kelemen József dr., Romhányi Imre dr.
és Pataki Lenke dr.*

A rheumás láz gyakorisága és súlyossága jelentősen csökken a fejlett országokban. Ennek ellenére például az Egyesült Államokban évente száz-kétszáz ezer új megbetegedés fordul elő, ötszáz halálozással; közel másfél millió lakosnak van chronicus rheumás szívbetegsége és közülük tizenötezernek meg évente (1). Magyarországon, bár a gyermekkori rheumás láz gyakorisága 1968 óta mintegy harmadára csökkent, 5–14 éves életkorban évente 400 friss megbetegedéssel lehet számolni (3). Simon adatai szerint 1972–73-ban az említett korcsoportban az országos hospitalizált morbiditás 30,2 százaléka volt, ami meghaladja a kedvezőnek tartható 20–22 százalékos értéket (16).

A rheumás láz pathológiai alapját képező exsudatív és proliferatív gyulladásos elváltozások a szív, ízületek, erek és a subcutan szövet mesenchymájában észlelhetők elsősorban, de nem korlátozódnak egyes szervekre. Mint *Gegesi Kiss* is hangsúlyozza: febris rheumaticában „nem körülírt ízületi betegségről, hanem az egész szervezet rheumás fertőződöttségéről van szó” (7).

A betegség idegrendszeri megnyilvánulásai közül az 1754-ben *Sydenham* által leírt és *Bright* által 1831-ben a rheumás betegséghez sorolt chorea minor a leggyakoribb.

Az acut, ill. chronicus rheumás endocarditisnek ismert szövődménye az agyi embolia, előfordul az arteria centralis retinae emboliás eredetű elzáródása is (1, 9, 11). Leírták acut rheumás lázban — steroiddal nem kezelt betegen — pseudotumor cerebri kialakulását is (4, 5).

Az egyéb idegrendszeri manifestációkra általában kevesebb figyelem irányul. *Aita* szerint az Egyesült Államokban a nem choreás és nem cardialis eredetű rheumás idegrendszeri megbetege-

déseket ritkának tartják (1). E kórképeket a rheumás lázról szóló ismert monographia sem említi (12). Ugyanakkor, elsősorban a szovjet, bolgár, lengyel irodalomban a rheumás cerebrális részvétel kérdésével számos közlemény foglalkozik (8, 13, 14, 15, 18). *Miheev és mtsai* szerint a rheumás idegrendszeri betegségek nosológiai önállósággal rendelkeznek és számuk sokkal nagyobb, mint korábban gondolták (13, 15).

A gyermekkori, szövődménymentes rheumás idegrendszeri megbetegedések primaer kórbontani elváltozását a központi idegrendszer kisereiben zajló rheumás gyulladás képezi, mely a nagyagyban (legkifejezettebben a hypothalamikus területen, az agykéregben), a kisagyban (n. dentatus), és gerincagyban egyaránt megfigyelhető. Jellemzői: az artériákban és capillárisokban endothelproliferatio, a capillárisokban fibrosus sclerosis, az érfal kötőszövetében mucoid, ill. fibrinoid duzzanatok, hyalinosos a lumen szűkülésével (18).

A rheumovasculitis következtében — általában enyhe — másodlagos degeneratív elváltozások lépnek fel a cortex, basalis ganglionok, cerebellum enyhe neuronkárosodásával (1). Az agyi keringés zavarát hyperaemia, stasis jelzi a nagyobb erekben, diapedesises vérzések a kisebb ágakban. Nem ritka lelet az agyállomány oedemája, a lágyburkokban serosus-produktív meningitis képe. Az egyes esetekben látható gyulladásos góccok nem gennyes jellege, kifejezett argyrophil tendenciája, érfalduzzadásra, necrosisra való hajlama diapedesises vérzésekkel a folyamat allergiás-hyperergiás jellegét mutatja (15). Aschoff-csomók az idegszövetben nem találhatók (12, 15).

A rheumovasculitisre mint primaer alapra septicus szövődmény esetén gennyes meningoencephalitis rakódhat, thrombosisal, súlyos agyi keringési zavarral. Az ilyen szövődmények gyermekkorban sokkal ritkábbak, mint felnőttben (18).

Az idegrendszer kórbontani elváltozásai choreában, ill. a neurorheumatizmus nem choreás formáiban közösek, sőt neurológiai tünetekkel nem társult esetekben is kimutathatók (2). Nyilvánvalóan a rheumovasculitis és következményeinek súlyossága, a csatlakozó keringési zavar mértéke, valamint az esetleges septicus szövődmény szabja meg a klinikai kép jellegét.

A tünetek gyakran összefonódnak egymással, a tünetegyüttesek egymásba át is mehetnek — a klinikai formák elkülönítése mégis indokolt és kíváncsi a céltudatos terapia érdekében. *Roze* klinikai-morphológiai elemzés alapján a rheumás idegrendszeri megbetegedések 12 formáját különbözteti el (15).*

Mitkov rámutat, hogy a rheumás idegrendszeri kórképek az egyes korcsoportokban eltérő megoszlást mutatnak. Anyagában a megbetegedé-

* 1. Rheumás encephalopathia. 2. Rheumás arachnoiditis. 3. Rheumás meningitis. 4. Rheumás encephalitis. 5. Rheumás meningoencephalitis (acut, chronicus, haemorrhagiás). 6. Encephalomyelitis, myelitis, meningo-radiculomyelitis, polyneuritis, mononeuritis. 7. Chorea minor. 8. Agyvérzés, lágyburki vérzés. 9. Agyi erek thrombosisa. 10. Agyi erek embolisatiója. 11. Rheumás epilepsia. 12. Rheumás psychosis.

* Jelenlegi munkahely: XIV. ker. Tanács Apáthy István Gyermekkórház, Rendelőintézet.

sek 64,6%-a 20 év alatti életkorban jelentkezett. A túlnyomóan encephalitises forma (choreás és nem choreás encephalitis, meningoencephalitis, meningitis) dominálása e korban a szervezet fokozott reaktivitásával, gyulladásos és allergiás-gyulladásos folyamatokra való hajlamával hozható összefüggésbe. Érett és idősebb korban a túlnyomóan vascularis formák (thrombosis, agyvérzés, átmeneti vérkeringési zavar) válnak gyakoribbá, ami rheoencephalographiás és pathomorphologiai vizsgálatok alapján összefügg a korral járó arterioscleroticus elváltozásokkal.

A kevert formába tartozó kórképek: rheumás epilepsia, psychosis, cerebrasthenia általában 5–10 évvel az első rheumás attack után lépnek fel, ez magyarázza a 21–40 éves korban való dominálását (14).

A következőkben klinikánkon észlelt két rheumás meningoencephalitis esetet ismertetünk, melyek akut, ill. recidiváló rheumás láz részeként jelentkeztek.

Esetismertetés

1. B. M., 11 éves leánygyermeket 6 napos láz, köhögés, csuklófájdalom miatt vettük fel. Felvételkor: a bal kéz kisízületei duzzadtak, mindkét, de különösen a bal csukló mozgásai korlátozottak, utóbbi igen fájdalmas. Normális szívtempus, kellően ékelt, tiszta szívhangok. Vérsejtszűrés: 40 mm/ó, AST: 170 E. Torokleoltás: streptococcus haemolyticus negatív. EKG: szabályos görbe. Serum electrophoresis: albumin: 36 rel.%, α_1 -globulin: 8 rel.%, α_2 -glob.: 15 rel.%, β -glob.: 11 rel.%, γ -glob.: 30 rel.%, A/G: 0,49, vvs.: 3860 000, fvs.: 7000, hgb.: 10,6 g%, Jugend: 2%, stb.: 4%, segment: 76%, eosinophil: 2%, lymphocyt: 16%. Mellkas rtg-felvétel: a szív nem nagyobb, a szívöböl elsimult.

A felvétel után Penicillin–Amidazophen kezelést kezdtünk. A 3. napon a gyermek aluszékony lett, izadt, fejfájásról panaszkodott, többször hányt. Neurológiai vizsgálat: a tarkó kötött, Kernig- és Brudzinsky-tünet pozitív. Az agyidegek, reflexkör, motorium, coordinatio és sensibilitás részéről eltérés nem észlelhető, térben és időben orientált, magatartása adekvát. Sensoriuma tiszta, de aluszékony. Szemészeti vizsgálat: mindkét oldalt ép fundus. Lumbálpunctio: fokozott nyomással kissé megtört fényű liquor ürül. Pándy: +, fehérje: 45 mg%, cukor: 41 mg%, sejtszám: 19, üledékben lymphocyták. Bacteriologiai vizsgálat: negatív. Vércukor: 90 mg%.

A fejfájás, szédülés, hányinger, hányás nem szűnt, a gyermek arca maszkoszerűvé, kenőcsössé vált. A 8. napon készített EEG lelete: 9/sec, kp. amplitúdójú, szabálytalanul modulált alpha sorozatok, az alphákkal diffúze mindkét oldalt theta komponensek keverednek. Hyperventilatio, intermittáló fényingerlés effektus nélkül. A 9. napon az EKG-n pitvar-kamrai dissociatio, majd másnap megnyúlt PQ idő (0,32 sec) mutatkozott, a 11. napon a bal pst. II–III-ban pericardiális dörzszőre jelent meg. Pancarditisre utaló tünetek miatt a kezelést Prednisolonnal egészítettük ki. A 12. napon: PQ: 0,26, a szív felett zöreje nem hallható. Lumbálpunctio: Pándy: +, fehérje: 41 mg%, cukor: 54 mg%, sejtszám: 12. Liquor cytologia: lymphocyt: 21%, monocyt: 48%, neutrophil leukocyt: 1%, eosinophil: 1%, plasmasejt: 1%, kétmagvú: 1%, lymphocyt-monocyt átmenet: 27%. Bacteriologia: negatív. Vércukor: 106 mg%.

14. nap: a tarkókötöttség, fejfájás megszűnt, a bal csuklóizület mozgása nagymértékben javult. EKG: szabályos görbe.

20. nap: szűrés: 14 mm/ó, AST: 466 E. A továbbiakban panaszmentes volt. LE sejt: ismételt negatív. Haemokultúra: ismételt negatív. Liquor

Widal: negatív. Liquor, vér, széklet: cytopathogen agens nem mutatható ki. Mantoux: 1:10 000 hígításban pozitív, 8×8 mm.

2. V. E., 15 éves leánygyermek 12 éves korában carditis rheumatica, insufficiencia valvulae bicuspidalis, 13 éves korában carditis rheumatica kórismével kórházi kezelés alatt állt. Jelen felvételére 4 napja észlelt szívdobogás, szédülés miatt került sor. A korábban megkezdett rheuma prophylaxist felvétele előtt két hónappal önkényesen abbahagyta.

Felvételkor: szívcsúslökés az V. bordaközben a medioclavicularis vonalban. Normális szívtempus, halk, tompa szívhangok, punctum maximummal a csúcson az egész systolét kitöltő, 3/6 fokozatú fúvó systoles zöreje, a csúcson pitvari galopp. Szűrés: 36 mm/ó. AST: 466 E. Torokleoltás: Streptococcus haemolyticus negatív. EKG: PQ: 0,24. Serum electrophoresis: albumin: 52 rel.%, α_1 -glob.: 6 rel.%, α_2 -glob.: 10 rel.%, β -glob.: 12 rel.%, γ -glob.: 20 rel.%, A/G: 1,1. Vvs.: 3 800 000, fvs.: 5800, hgb.: 10,8 g%, segment: 38%, monocyt: 2%, lymphocyt: 60%. Mellkas rtg-felvétel: alig dúsabb hilusok és tüdőarajzat, a szív nem nagyobb, értékelhető alaki eltérést nem mutat.

Prednisolon, Penicillin, Amidazophen kezelés mellett egy hét után szűrése normalizálódott, AST: 960 E, a szívhangok kellően ékeltek, a csúcsi systoles zöreje halkult, PQ: 0,16. A 19. napon lázkiugrás lépett fel, hányás, nyálfolyás, fejfájás kíséretében. Meningeális jel ekkor nem volt. Másnap bal arcféle, bal karja és bal alsó végtagja zsibbadni kezdett, a hányinger, szédülés, fejfájás fokozódott, szűrése 42 mm/órára nőtt. Neurológiai vizsgálat: jelzett tarkókötöttség. Brudzinsky felső enyhén pozitív. Kifejezett dermatographismus. A bal biceps, radiális reflex minimálisan élénkebb, hasonlóan a bal patella és Achilles-reflex is. A jobb alsó végtagon a fájdalomingeret élénkebben jelzi, mint bal oldalon. A motorium, coordinatio részéről eltérés nem észlelhető. Pszichésen: aluszékony, könnyen ébreszthető. Promp reakciók. Szemészet: jobb oldalon jelzett ptosis, a funduson mindkét oldalt a papilla elmosódott. Éppen csak jelzett vénás pulsatio. A szemmozgások szabadok. Lumbálpunctio: fokozott nyomással kissé megtört fényű liquor ürül. Pándy: +, fehérje: 86 mg%, cukor: 48 mg%, sejtszám: 180, cytologia: lymphocyták. Bacteriologia: negatív. Vércukor: 82 mg%. 21. nap: EEG: 9/sec frekvenciájú, kp. amplitúdójú, szabálytalanul modulált alpha sorozatok, mindkét oldalt diffúze theta komponensek keverednek az alphákkal. Hyperventilációra, stroboscopus ingerlésre effektus nincs. Lumbálpunctio: Pándy: +, fehérje: 46 mg%, cukor: 48 mg%, sejtszám: 148, cytologia: lymphocyt: 78%, segment: 22%. Szemészet: mindkét oldalt a papilla elmosódottsága megszűnőben, a spontán vénás pulsatio kifejezettebb.

A fejfájás, hányinger, hányás, szédülés változó intenzitással még négy napig fennállott, a jelzett tarkókötöttséget öt, a ptosis hét nap múlva szűnt meg. A papilla elmosódottsága átmenetileg újra fokozódott, és még két hónap múlva sem szűnt meg teljesen. A továbbiakban láztalan, panaszmentes volt.

Liquor, vér, széklet virológiai vizsgálat: cytopathogen agens nem mutatható ki. LE sejt: negatív. Haemocultura: negatív. 1:10 000 Mantoux: gyengén pozitív.

Megbeszélés

A rheumás láz idegrendszeri elváltozásai jelentkezhetnek az akut szakban, annak lezajlása után, és a chronicus szakban is. Egyes megfigyelések szerint az idegrendszeri megbetegedés a rheumás láz első jele is lehet (2, 8, 15).

Első esetünkben a cerebrális epizód a betegség akut szakában, polyarthritissal fennállásakor lépett fel, megelőzte a carditis kialakulását.

A második esetben az idegrendszeri megbetegedés rheumás vitiumban szenvedő betegen, a

második rheumás recidiva alkalmával lépett fel. A tünetek 19 napi kezelés után, normál sülyedés, szabályos EKG mellett, klinikailag is a rheumás carditis javulásának szakában jelentkeztek.

Differenciáldiagnosztikai szempontból neurológiai tünetek megjelenése rheumás lázban egyéb betegségek gyanúját is felveti: elsősorban systemás lupus erythematosus, vagy egyéb autoimmun betegség, infectiosus endocarditis, sepsis, gyógyszer-reactio jön szóba a rheumás láztól független bakteriális, tuberculotikus, vírusos meningitis, meningoencephalitis mellett. (Meningitist és carditist okozhat pl.: mumps, mononucleosis infectiosa, poliomyelitis, encephalomyocarditis, Cocksackie vírus (1, 17).

A klinikai kép és vizsgálati eredmények alapján mindkét esetünkben rheumás meningoencephalitis diagnosisát állítottuk fel. Rheumás lázas betegeinken a meningoencephalitis fellépését — Mitkov felfogásával egyetértésben — nem szövödménynek, hanem a szervezet generalizált megbetegedése részjelenségének tekinthetjük.

A rheumás encephalitist nem jelentős göctünetek mellett a diencephalikus terület részvételére utaló vegetatív dysfunctio kíséri: dermatographismus, nyálfolyás, izzadás, tremor, tachycardia, néha Horner-triász, trophikus bőr- és körömváltozások, pszichikus zavarok (8). A második betegünkön észlelt jobb oldali ptosis az azonos oldali sympathikus érintettségére engedett következtetni. Szemfenéki elváltozása a neurorheumatismus ritka kísérője (8).

A betegeinken talált EEG eltérések hasonlóak a choreás betegeken Usher és Jasper (19) által leírt, többnyire enyhe elváltozásokhoz.

A rheumás idegrendszeri megbetegedések therapiája az alapbetegség kezelésén túl a klinikai képtől függő tüneti kezelés. Fiatal korban (30 év alatt), időben alkalmazott antirheumás kezelés esetén a prognosis jó, a göctünetek, a postinzultu-

sos bénulások igen kedvező lefolyást mutatnak, míg idősebb korban, recidiváló rheumás betegségben a károsodások inkább maradandóak (14).

A steroid és antibiotikus kezelés mellett betegeink B₁-, B₆-vitamint, infusiót, Pipolphent, gamma-globulint kaptak. Mindkét gyermek neurológiai maradványtünet nélkül gyógyult.

Összefoglalás. A rheumás láz idegrendszeri manifesztációi közül kevésbé ismert a rheumás meningoencephalitis. A szerzők 11 éves gyermekeken rheumás láz akut szakában, ill. 15 éves, rheumás vitumban szenvedő betegen, rheumás recidiva során fellépett meningoencephalitist ismertetnek. A megbetegedés nem jelentős göctünetek mellett a diencephalikus terület részvételére utaló vegetatív dysfunctióval járt. Tüneti kezelésre mindkét gyermek neurológiai maradványtünet nélkül gyógyult. A megbetegedést nem szövödménynek, hanem a generalizált betegség részjelenségének tartják.

IRODALOM: 1. Aita, J. A.: Postgrad. Med. 1973, 54, 82. — 2. Aron, A. M. és mtsai: Am. J. Med. 1965, 38, 83. — 3. Búzás E., Diósszilágyi G.: Orv. Hetil. 1974, 115, 2103. — 4. Chun, R. W. és mtsai: Am. J. Dis. Child. 1961, 101, 641. — 5. Cohen, M. G.: Del. Med. J. 1963, 35, 257. cit.: 1. — 6. Diamond, E. F., Tentler, R.: JAMA. 1962, 182, 685. — 7. Gegesi Kiss P., Szutrély Gy.: Szív- és vérkeringési betegségek csecsemő- és gyermekkorban. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1960. — 8. German, E.: Sov. Med. 1969, 32, 42. — 9. Hearn, G. W., Roper-Hall, M. J.: Brit. Med. J. 1961, 5253, 684. — 10. Hurtable, B.: Med. J. Aust. 1961, 48, 220. — 11. Ling, W. és mtsai: Amer. J. Dis. Child. 1969, 118, 525. — 12. Markowitz, M., Kuttner, A. G.: Rheumatic Fever. W. B. Saunders Co., Philadelphia and London, 1969. — 13. Miheev, V. V.: Nyevroreumatizm. Moszkva, 1960. cit.: 15. — 14. Mitkov, V.: Sov. Med. 1969, 32, 44. — 15. Roze, F. J.: Sov. Med. 1969, 32, 32. — 16. Simon T.: Orv. Hetil. 1975, 116, 1911. — 17. Stacey, C. H., Kaye, M.: Canad. Med. Ass. J. 1954, 71, 607. — 18. Tec, B. G.: Sov. Med. 1969, 32, 53. — 19. Usher, S. J., Jasper, H.: Canad. Med. Ass. J. 1941, 44, 365.

„Mindegyikünknek, ki gyógyítani akar, a tudomány mai állásának megfelelően tudnia kell a gyógyítandó kórt felismerni, felállítani a javaslatokat, ügyesen alkalmazni a gyógyszerközöket, s végre, mi nem kevésbé lényeges, meghatározni saját ismereteinek és orvosi képességének terjedelmét és azon pontot, midőn más irányban képezett orvos tudományára szükség van.”

Markusovszky Lajos

POLYGLUKIN

Infúziós oldat

Folyadékpótló

ÖSSZETÉTEL: 1 palack 400 ml 6%-os, 60 000 \pm 10 000 molekulasúlyú dextrant tartalmaz fiziológiás konyhasóoldatban.

JAVALLATOK: Profilaktikus és therapiás céllal:

Trauma, vérvesztés, mérgezés, sepsis és más okból kialakuló sokknál a hypovol-aemia megszüntetésére. Műtéti sokk prophylaxisára, kezelésére és thromboemboliás szövődmények gátlására. Égési sokk.

ELLENJAVALLAT: Agyi nyomásfokozódással járó koponyatraumák, valamint minden olyan állapot, ahol a nagy mennyiségű intravénás folyadékbevitel nem kívánatos (fennálló belső vérzés, emelkedett tensio, cardiogen sokk stb.).

**ADAGOLÁS
ES ALKALMAZÁS:** Az esetleges egyéni túlérzékenység ellenőrzése végett az első 10 és a következő 30 csepp beadása után 3–3 perc szünetet kell tartani.

Kialakuló sokkban sugárinfúzióban általában 400–1200 ml, szükség esetén maximum 2000 ml adható. Az infúzió sebességét a beteg általános állapota, vérnyomása, pulzusszáma és a haematokrit érték alapján egyénileg kell megállapítani. Ha az arteriális vérnyomás eléri a kritikus szintet (85–90 Hgmm), cseppinfúzióra kell áttérni.

500–750 ml-t meghaladó vérvesztés és kifejezett anaemia esetén ajánlatos a Polyglukin mellett 250–500 ml vért transfundálni.

Műtéti sokk kivédésére a műtét alatt cseppinfúzióban kell adni; ha közben a vérnyomás a kritikus szint alá csökkenne, sugárban kell folytatni a tensio normalizálódásáig.

Égési sokkban az első 24 órában 2000–3000 ml-t, majd napi 1500 ml-t lehet adni. Kiterjedt és mély égéseknél természetesen plazmát, albumint, gamma-globulint, illetőleg vért is kell adni.

A Polyglukin alkalmazása természetesen nem teszi szükségtelenné a sokk-therapia egyéb előírásainak betartását.

FIGYELMEZTETÉS: A Polyglukin beadása előtt a későbbi vércsoport-meghatározásra le kell venni a vért, mert nagyobb mennyiség beadása zavarhatja a reakciót.

MELLÉKHATÁS: Egyéni túlérzékenység esetén más infúzióhoz hasonlóan allergiás jelenségek, tachycardia, hőmérséklet-emelkedés léphet fel. Ezekben az esetekben a Polyglukin adását félbe kell szakítani és antihisztaminokat, 40%-os glukózt, kalciumot kell adni.

MEGJEGYZÉS: Csak fekvőbeteg-gyógyintézetek részére kerül forgalomba.

CSOMAGOLÁS: 1 palack (400 ml) 101,70 Ft

Forgalomba hozza: **GYÓGYÉRT**

Információ: **„MEDEXPORT” Tudományos Ismertető Iroda**
1055 Budapest, Balassi Bálint u. 25.

Exportálja: **V/O „MEDEXPORT”, Moszkva**

Megyei Elme- és Ideggyógyintézet, Nagykanizsa.
Női Pszichiatriai Osztály

Megfigyelések a levodopa hatásáról endogen elmebetegségekben

Bánki Csaba dr.
és Vígváry László dr.

A levodopa (*Dopaflex*, L-3,4-dihydroxyphenylalanin) fiziologiás anyag, az agyi noradrenalin és főleg a dopamin természetes praecursora; anyagcseréjének és hatásainak vizsgálata ma világszerte az érdeklődés középpontjában áll, elsősorban a Parkinson-syndromában tapasztalt jó therapiás effectus következtében (10, 18). E területen elméleti megfontolások alapján került felhasználásra, miután *Hillarp*, *Fuxe* és *Ungerstedt* (23, 50) kimutatta, hogy egyes pályarendszerek, elsősorban az emberben is erősen fejlett nigro-striatalis pálya, valamint a ma még tisztázatlan funkciójú mesolimbikus és hypothalamikus (a n. arcuatus és a tuber cinereum felé) rostrendszer neuronjai nagy mennyiségű dopamint tartalmaznak, noradrenalin viszont nem mutatható ki bennük. Ez vezetett a „dopaminergiás” rendszerek megismeréséhez, melyet hamarosan követett az a felfedezés, hogy Parkinson-syndromában a nigro-striatalis rendszer dopamintartalma nagymértékben csökkent (25, 29); a substitúciós céllal bevezetett praecursor therapia — a dopamin ugyanis nem jut át a haemencephalikus barrieren, a mindenütt jelenlevő MAO pedig gyorsan elbontja — eredményei az elméleti megfontolásokat alátámasztották. Korán megfigyelték azonban, hogy a levodopa kezelés gyakran okoz psychés jellegű mellékhatásokat: aktivitás-fokozódást (4), motoros nyugtalanságot, hallucinációkat, agított állapotot (10), alvászavarokat, neurologiai tüneteket (9, 50), esetenként depressiót (26, 30). Feltűnt, hogy emellett parkinsonos betegeken javul az emlékezés, a tanulási és az intellectualis teljesítőképesség (6, 33, 38). Még fontosabb megfigyelés volt azonban az, hogy az általános aktivizáló hatása miatt (44) nem parkinsonos betegeknél — főleg impotentia, migraine, psychasthenia stb. eseteiben — adott levodopa

ilyen mellékhatásokat nem okoz; ezzel szemben senilis dementiában motoros nyugtalanságot, tudatzavart válthat ki (51, 54): a mellékhatások megjelenése tehát függ a kiindulási állapottól.

Részben a megfigyelt vigilitást, étvágyat, sexuales és általános indítékéletet növelő hatás (12, 52), részben elméleti megfontolások — az agyi biogen amin egyensúly megváltozása — késztetett több kutatócsoportot arra, hogy megkísérrelje a levodopa alkalmazását depressióban. Az eredmények ellentmondóak (20, 27, 31, 35); ezért osztályunkon objectiv értékelési rendszer segítségével igyekeztünk az antiparkinson hatás tekintetében kiváló hazai *Dopaflex* effectusait felderíteni.

Anyag és módszer

Mivel a várható psychés jelenségek az irodalmi adatok alapján nem szorítkoztak csupán a depressio tüneteinek quantitativ változásaira, valamint mivel nem kizárólag depressiós betegeket vizsgáltunk, az osztályunkon eddig alkalmazott *Hamilton*- és *Zung*-skálák elégtelennek ítélték; ezért az előkészítő szakaszban kiválasztott különféle mérési módszerek közül végül is a *Bunney*—*Hamburg*-féle „Behaviour Rating Scale” mellett döntöttünk (7): ez a skála 24 szigorúan objectiv, kívülről megfigyelhető jelenséget értékel, valamennyit 15 fokozaton, ahol a tünet gyakoriságát és intenzitását egyaránt figyelembe vesszük. Az eredeti skálán kiskorú módosított hajtottunk végére, elsősorban a tételek sorrendjére vonatkozólag: így elértük, hogy a skála nem csupán a globális „psychotikusság” quantitativ mértékét fejezi ki, hanem az egyes tételek pontértékeinek grafikus ábrázolásával — a lépcsőzetes görbe alakjából — minőségi jellemzők is leolvashatók: a skála ugyanis a psychopatológiai tünetek csaknem teljes körét felöleli. Eszerint a magas pontértékek balról jobbra haladva eleinte depressiv tüneteket, később szorongásos, majd dissziált, schiziform, végül maniform magatartási jegyeket képviselnek. A pontozás a beteg vizsgálatát, az explorációs beszélgetést követő 6—8 órában a kórteremben tanúsított viselkedés megfigyelése alapján a vizsgáló orvos és az ápolószemélyzet együttműködésével történik. Ábráink ennek a módszernek a felhasználásával készültek: az egy grafikonra vetített két görbe jól érzékelteti a tüneti képben bekövetkezett változásokat, így pl. a görbe „jobbra tolódása” a depressio hyperthym átcsapását jelzi stb. A skála tételeit l. az alábbiakban:

A *Bunney*—*Hamburg*-féle magatartás-értékelő skála (kissé módosítva)

1. Verbalizált hangulati nyomottság.
2. Dysthymia kifejező mimika és pantomímia.
3. Verbalizált insufficientia-tartalmak.
4. Verbalizált reménytelenség és félelmek.
5. Verbalizált suicid tendenciák.
6. Sírás.
7. Szomatikus panaszok.
8. Verbalizált anxietas.
9. Anxietast kifejező mimika és pantomímia.

10. Controll-vesztéstől való félelem hangoztatása.
11. Stereotyp motoros jelenségek.
12. Csökkent contactus-készség.
13. Inadaequat gondolatok és hangulat hangoztatása.
14. Autoagressiv megnyilvánulások.
15. Verbalizált bizarrériák, doxasmák.
16. Bizarr magatartásformák.
17. Hallucinációkra utaló magatartás és kifejezések.
18. Verbalizált gyanakvás.
19. Hiányzó betegségbelátás.
20. Impulsiv, irritabilis magatartás.
21. Verbalis heteroagressiv megnyilvánulások.
22. Fizikai heteroagressiv megnyilvánulások.
23. Affectiv expansio külső jelei.
24. Verbalizált euphoria, hyperthymia.

A módosítás elsősorban a tételek sorrendjére vonatkozik, valamint a „hiányzó betegségbelátás” felvételére (az eredeti skála a „sírás” tételt két részre bontja, ezt egyesítettük, így a tételek száma változatlan maradt. További részleteket l. a szövegben).

Az ismertetett módon elsősorban depressziós kórképeket vizsgáltunk: összesen 23 osztályunkra felvett, megelőző gyógyszeres kezelésben nem részesült beteget. Koruk 33–51 év, átlagban 42,5 év. Ezek a betegek az eredetileg — a statisztikai értékelés miatt — teljesen véletlenszerűen, a felvétel sorrendjében kijelölt azon betegek közül kerültek ki, akiknek esetében az előzetes belgyógyászati vizsgálat a levodopa adását nem kontraindikálta. Így az eredeti 34 betegből 9-et hypertonia, graviditas, EKG rendellenességek, ill. gastrointestinalis zavarok miatt a vizsgálatból ki kellett zárunk, további 2 beteg pedig a gyógyszer hányást okozó mellékhatás miatt maradt ki az értékelésből.

A depressziókat a szokásos tüneti jellemzők, valamint az ismertetett *Bunney-Hamburg* (BH)-skála szempontjain túl két csoportra osztottuk: „bipolaris”-nak neveztük azokat, akiknek anamnesisében maniás fázis is szerepelt legalább egy ízben, „unipolaris”-nak pedig azokat, akiknek esetében ilyen előzmény nem állt fenn. A két csoport — természetesen kivételekkel — határozott tüneti különbségeket is mutatott: a bipolaris csoportban domináltak a gátolt, mozgás- és indítékszegénységgel, kifejezett holothym tartalmakkal, a reménytelenség és kilátástalanság érzésével jellemzett, esetenként hallucinációkkal járó alakok; az unipolaris csoportban inkább szorongással, dysphoriával, somatikus panaszokkal, gyakran paranoid vonásokkal, időszakos nyugtalansággal találkoztunk.

Bipolaris betegeink valamennyien visszatérők voltak, a 3.–9. depressziós fázisban; unipolaris esetünk között 6 első ízben, 3 másodízben, 4 harmadízben, 1 negyed- és 1 hatodízben került felvételre osztályunkon. A fázis fennállása valamennyiük esetében a felvételt megelőzően 5–20 napra volt tehető.

A Dopaflex adását a szokásos elvek szerint, fokozatosan, de a Parkinson-szindrómában alkalmazott-nál gyorsabban növekvő dózisban végeztük: 2-szer fél, 3-szor fél, 2-szer 1, 3-szor 1 tabl. naponként, állandó pulsus-, vérnyomás- és a beteg fizikális státusának kontrollja mellett. Azokban az esetekben, ahol változás nem volt észlelhető, 3-szor 2 tablettáig mentünk fel, ezt az adagot egyszer sem léptük túl. A bekövetkezett változásokat a 6. napon, ugyancsak fél-

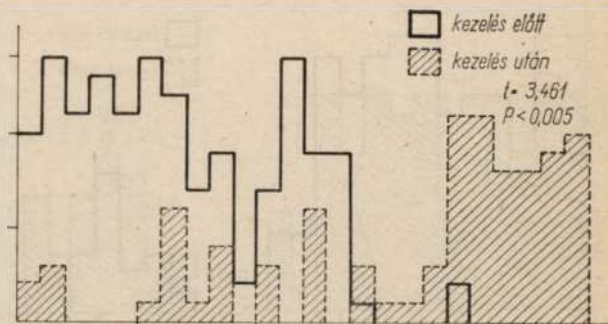
napos megfigyelés alapján pontoztuk a BH-skálán. A Dopaflex mellé enyhe sedativumokon kívül (Andaxin, Elenium, Seduxen, Trioxazin) egyébként kiegészítő gyógyszerelést nem alkalmaztunk.

Megkísértük a Dopaflexet gátolt, inaktiv, contactus- és indítékhiánnyal jellemzett négy schizopreniás beteg is. valamennyien visszatérő, osztályunkon 2–6 ízben kezelt, de aktuálisan felvett, előzően ugyancsak gyógyszermentes betegek, koruk 28–41 év.

Eredmények

1. ábránk tünteti fel a nyolc „bipolaris”, főleg gátolt, mozgásszegény, holothymias jellegű depressziós beteg tüneti képének változását hatnapos Dopaflex adás után. Az ábra pontértékei a nyolc beteg tételenkénti pontértékeinek átlagát ábrázolják: jól érzékelhető, hogy a görbe erősen „jobbra tolódott”, vagyis a depresszív tünetek visszafejlődtek, helyette viszont maniform jelenségek alakultak ki. A klinikai észlelés ezzel teljesen megegyezett: a nyolc betegből haton kifejezett hypomaniás állapot, fokozott mozgáskészletés, logorrhoea, kritikátlanosság, expansiv, erőszakos, sőt kifejezetten heteroagressiv megnyilvánulások léptek fel; az alvásidő jelentősen csökkent, az alvás igen mély volt. Feltűnt viszont, hogy az euphoriás jelleg a valódi, „spontán” maniánál sokkal kevésbé volt szembeötlő. Egy esetben autisticus-dissocialt, hallucinatoros kép fejlődött ki verbalis incoherenciával, a harmadik napra. A Dopaflex elhagyására a hypomaniás tünetek valamennyi esetben 24 óra alatt eltűntek, és — az eredetinel enyhébb formában — visszaállt a depressziós syndroma. Három esetben megismételtük a levodopa adását: a hatás azonos módon újra jelentkezett, kialakult a hypomaniás kép, ezt a szer elhagyása újra megszüntette. Bár a BH-skála szerint a „psychotikusság” mértéke a kezelésre significansan csökkent, a javulás klinikailag csupán egyetlen esetben volt viszonylag kielégítő.

„Unipolaris” betegeink reakciója a levodopára egészen más volt (2. ábra): hypomaniás jelenségeket egyetlen esetben sem észleltünk, 15 betegből 4-ben klinikai javulást, 3-ban rosszabbodást, a többi nyolcban semmiféle érdemi változást nem tapasztaltunk. A javulás főleg a psychomotoros aktivitás és az indítékélet területén, valamint — érdekes módon — az alvásban mutatkozott: a betegek alvásukat szubjektíve kielégítőbbnek, pihentetőbbnek találták. A rosszabbodást elsősorban a céltalan, stereotyp mozgások szaporodása, a fe-



Gátolt, akinetikus, holothymias (valamennyi bipolaris) képek tüneti változása a BH-skálán (N=8)

1. ábra.

szült-gyanakvó érzelmi beállítódás, valamint egyes somatikus panaszok fokozódása jelezte. A betegcsoport összesített tüneti képét a BH-skála egészében változatlanul mutatja jelzett, nem significans „jobbra tolódással”. E csoportban szisztematikus tünetek nem léptek fel.

Négy szisztematikus betegünk a levodopára kivétel nélkül a psychopathologiai kép súlyosbodásával válaszolt: fokozódott az autismus, a bizarrieriák, a paranoiditás, erősödtek a mozgásos stereotípiák, megszorodtak a hallucinációk, többször nagyfokú nyugtalanság alakult ki. A szer — korai — elhagyására ez a súlyosbodás eltűnt, sőt itt is „rebound”-szerű jelenséget figyelhattunk meg: átmenetileg a kiindulási állapothoz képest nyugodtabb, rendezettebb lett a beteg neurolepticum nélkül is. Ez a jelenség kb. 24 óráig volt megfigyelhető; a Dopaflex kiváltotta tüneti aktiválódás is rendszerint már a 2. napon megjelent, ezért itt a kezelést a 3–4. napon megszakítottuk — ugyanez magyarázza az e csoportba eső megfigyelések igen kis esetszámát is.

A levodopa hatásait depressziós betegeinken a rákövetkező antidepresszív terápia hatásával hasonlítottuk össze a BH-skála quantitativ adatai segítségével: úgy a „bipolaris” mint az „unipolaris” csoportban significans különbség mutatkozott a thymoleptikus kezelés javára ($t = 8,610$, ill. $14,434$, mindkét esetben $P < 0,001$) (3. ábra).

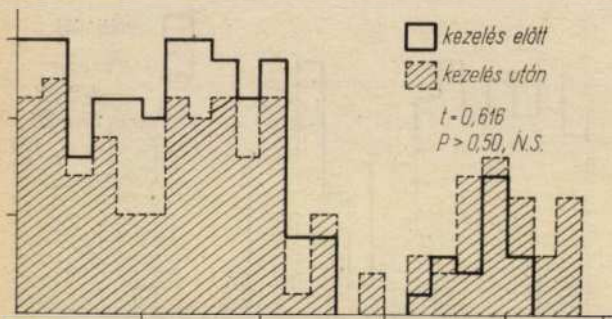
Megbeszélés

A L-dopa hatásmechanizmusának vizsgálata világszerte igen kiterjedt, a megjelent publikációk száma e területen hatalmas; ennek ellenére távolról sem tekinthető végleg tisztázottnak, a rendkívül nagyszámú lehetséges kölcsönhatás miatt. A fő anyagcsereút bizonyítottan a dopaminná történő decarboxyleződés a membránokon való áthaladást követően (15, 31, 35); ez az átalakulás egészséges, parkinsonos és depressziós egyénben egyaránt megtörténik (19), mint azt a vizelet homovanillinsav (HVA)-tartalmának növekedése is jelzi. A noradrenalinra való továbbalakulás — állatkísérleti adatok alapján — elenyésző mértékű (37). Jelenlétét viszont a serotonin-anyagcserére gyakorolt hatás: csökkent a serotonerg neuronokban a kimutatható serotonin (5-HT)-tartalom és a synthesis (6, 35), fokozódik a release (43). Ez egészében arra utal, hogy a L-dopa, vagy a keletkező dopamin ki-

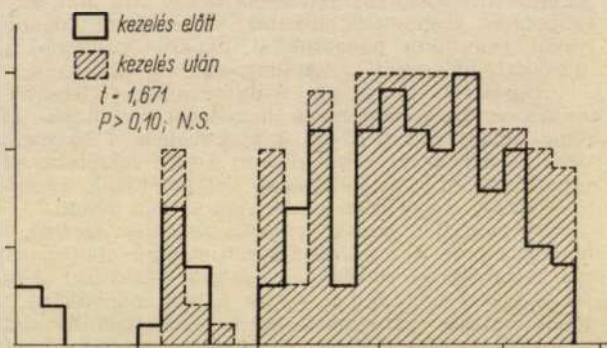
szorítja, esetenként helyettesíti a serotonint ezekben a sejtekben. E megfigyelést támogatják azok az észlelések, melyek L-dopa adására serotonerg neuronokban dopamin megjelenését konstatálták (14). Nem marad változatlanul a cholinerg, adrenerg stb. rendszerek transmitter-anyagcseréje sem (56).

Ezen biokémiai változások összefüggése az észlelt neurológiai és psychopathologiai tünetekkel a kutatások fő területe. A dopamin-deficit feltételezett kapcsolatát a Parkinson-szindrómával már említettük (29); másfelől a dopaminnak juttat kiemelkedő szerepet a schizofrenia keletkezésének egyik elmélete is (3, 46, 49): abból kiindulva, hogy valamennyi schizofreniában hatásos gyógyszer blokkolja a dopamin-receptorokat (1, 2, 18, 40), stereokémiai rokonság is van közöttük (24), mellékhatásként pedig parkinsonoid tüneteket okoznak, sok szerző a betegség létrejöttében abszolút vagy relatív dopamin-túlsúlyt tételez fel. Az elmélet mellett szól, hogy a dopamin-release-t okozó amfetamin sok tekintetben a paranoid schizofreniához hasonló psychosist idézhet elő, továbbá, hogy schizofreniában a liquor HVA-tartalma sokszor emelkedett, és kezelésre csökken (5). Magunk és mások megfigyelései (57) a L-dopa schizofrenia tüneteket fokozó hatásáról ezen elmélet kereteibe beilleszthetők, bár arra nem adnak választ, hogy nem-schizofreniákon miért nem jönnek létre hasonló tünetek.

Depressziókban a dopamin-turnover csökkenését figyelték meg (53), elsősorban az indítékszegénység, akinek formákban (36, 41) úgy tűnik azonban, hogy ez a jelenség inkább a psychomotoros statussal mint a depressziós szindróma egészével correlál (52). Bár egyes közlések (20, 21) jó hatásokról is beszámolnak, úgy tűnik, a kutatók többsége egyetért abban, hogy a L-dopa nem tekinthető antidepresszív szernek (13, 27, 31). A bipolaris — mania-depressziós — betegeken észlelhető hyperthym átcsapást Murphy és mtsai is leírták (39, 49): ugyanők észlelték, hogy ezeken a betegeken nagyobb a dopamin- és kisebb a HVA-ürítés, mint az unipolarisokon — ezt a csökkent MAO-aktivitásra vezetik vissza. Csupán ilyen esetekben volt észlelhető levodopa adására a REM-alvás csökkenése is (16): ez antidepresszív kezelés során, de a „spontán” mania kialakulásának kezdetén is észlelt jelenség.



Anxiosus-dysphoriás, szomatizáló (csak unipoláris) képek
tüneti változása a BH-skálán (N=15)



Schizofrenia tüneteinek változása a BH-skálán (N=4)

A hatások egy része nem magyarázható egyszerűen a dopaminszint emelkedésével: az átalakulást az alpha-methyldopa competitive gátolja, sok esetben depressziós jelenségeket is okoz (11, 17, 32, 45), a levodopa hatásait ugyanakkor nem gátolja, inkább erősíti (55). Ilyen vizsgálatokat mi hypotóniás krízis veszélye miatt nem végeztünk. Feltételezik, hogy a hatások egy részéért a serotonin-release felelős, mivel azokat az 5-HT₂ synthetizáló PCPA-val (parachlor-phenylalanin) csökkenteni, 5-hydroxytryptophannal erősíteni lehetett (49). Tryptophan-terhelés azonban önmagában e tekintetben hatástalan maradt (13, 22, 34, 35). Elméletileg a következő lehetőségek jönnek számításba:

1. A L-dopa önmagában sem hatástalan praecursor, biológiai szerepe lehet, amely életkori körülmények között alárendelt, de a pharmacologiai dosisok adásakor megjelenik (42, 55).
2. A dopaminná való átalakulás olyan helyeken történik meg, ahol a keletkezett dopamin physiologiailag hatástalan, ill. a normálistól eltérő hatású (3, 14).
3. Az élettaninál nagyobb „telítő” adagok alkalmazásakor más, rendes körülmények között jelentéktelen anyagcsereutakon is nagyobb mennyiségű, biológiai hatással bíró termékek keletkezhetnek (8, 28).

Feltételezésünk szerint a különféle kóros állapotok a neuronanyagcsere regulációs zavaraiából származtathatók, melynek másodlagos következménye a transmitter-anyagok turnover-ének, synthesis-ének stb. kimutatható megváltozása. Egészségesekben, ahol szabályozási zavar nincs, jelentős psychés hatások azért nem jönnek létre, mert a bevitt gyógyszer gyorsan hatástalanná válik; kóros állapotokban azonban a regulációs zavar természetének megfelelő tünetek támadnak — ami megmagyarázná a különböző betegségekben észlelt, minőségileg nagyon eltérő hatásokat. E merőben spekulatív magyarázat természetesen csupán további vizsgálataink szemléleti alapjául szolgál.

Az elmondottakat összegezve: a L-dopa maniás-depresszióban hyperthym átcsapást, unipolaris depresszióban klinikailag semmiféle jelentős hatást nem okoz, schizophréniában pedig nagyfokban rontja az állapotot. Klinikai felhasználása az endogen elmebetegségek terén ezért nem ígérkezik jelentősnek, a hatások elemzése azonban fontos eszközzé válhat e betegségek pathomechanismusának felderítésében.

Összefoglalás. A szerzők ismertetik a levodopa (Dopaflex) hatásáról szerzett megfigyeléseiket pszichiatriai betegségek, elsősorban a depresszió különböző formái, valamint schizophrénia egyes eseteiben. Maniás-depressziós psychosisban a depressziós fázis hyperthym átcsapását észlelték, míg unipolaris depressziókban a szer hatása nem volt meggyőző. Schizophrénia minden esetben súlyosbodott a levodopa adására. A hatásmechanismus felderítésére irányuló vizsgálatok rövid összefoglalása után azt a következtetést vonják le, hogy a levodopa a pszichiatriában terápiás felhasználásra kevésbé alkalmas, de hatásainak elemzése fontos

elméleti támpontot nyújthat e betegségek pathomechanismusának kérdéséhez.

- IRODALOM:** 1. Anden, N. E., Dahlström, A., Fuxe, K.: *Amer. J. Anat.* 1965, 116, 329. — 2. Anden, N. E., Butcher, S. G., Corrodi, H.: *Eur. J. Pharmacol.* 1970, 11, 303. — 3. Angrist, B. M., Shopsin, B., Ger-shon, G.: *Nature* 1971, 234, 152. — 4. Barbeau, A.: *Canad. Med. J. Assoc.* 1969, 101, 791. — 5. Bowers, M. B.: *Arch. Gen. Psychiat.* 1974, 31, 50. — 6. Bunney, W. E., Brodie, H. K., Murphy, D. L.: *Amer. J. Psychiat.* 1971, 127, 872. — 7. Bunney, W. E., Hamburg, D. A.: *Arch. Gen. Psychiat.* 1963, 9, 280. — 8. Calne, D. B., Sandler, M.: *Nature* 1970, 226, 21. — 9. Celestia, G. G., Barr, A. M.: *Arch. Neurol.* 1970, 23, 193. — 10. Cotzias, G. C., VanWoert, M. H., Schiffer, L. M.: *New Engl. J. Med.* 1967, 276, 374. — 11. Day, M. D., Rand, M. I.: *J. Pharm. Pharmacol.* 1963, 15, 631. — 12. Deniker, P., Zarifian, E.: *Gaz. Med. Franc.* 1975, 82, 315. — 13. Dunner, D. L., Fieve, R. R.: *Amer. J. Psychiat.* 1975, 132, 180. — 14. Ellman, L., Green, I.: *Science* 1970, 170, 76. — 15. Everett, G. M., Borcherting, J. W.: *Science* 1970, 168, 849. — 16. Fram, D. H., Murphy, D. L., Goodwin, F. K.: *Psychophysiol.* 1970, 7, 316. — 17. Fullerton, A. G.: *Brit. J. Med.* 1963, 1, 532. — 18. Garner, D. L., Schlemmer, F., Maas, J. W.: *Amer. J. Psychiat.* 1975, 132, 33. — 19. Glowinski, J., Iversen, L. L.: *J. Neurochem.* 1966, 13, 655. — 20. Goodwin, F. K., Brodie, H. K., Murphy, D. L.: *Lancet* 1970, 1, 908. — 21. Goodwin, F. K., Murphy, D. L., Gordon, E.: *Dis. Nerv. Syst.* 1970, 30, 117. — 22. Goodwin, F. K., Murphy, D. L., Brodie, H. K.: *Biol. Psychiat.* 1970, 2, 341. — 23. Hillarp, N. A., Fuxe, K., Dahlström, A.: *Pharmacol. Rev.* 1966, 18, 727. — 24. Horn, H. S., Snyder, S. H.: *Proc. Natl. Acad. Sci.* 1971, 68, 2325. — 25. Janssen, P. A.: *Int. J. Neuropsychiat.* 1967, 3, Suppl. 1, 10. — 26. Jenkins, R. B., Groh, R. H.: *Lancet* 1970, 2, 177. — 27. Klerman, G. L., Schildkraut, J. J.: *J. Psychiat. Res.* 1963, 1, 289. — 28. Kurtz, D. J., Kanter, J. N.: *J. Neurochem.* 1971, 18, 2235. — 29. Laverty, R., Sharman, D. F.: *Brit. J. Pharmacol.* 1965, 24, 759. — 30. Magyar I.: *Ideggyógy. Szle.* 1974, Suppl. 27, 11. — 31. Matussek, N., Pohlmeier, H.: *Klin. Wschr.* 1966, 44, 727. — 32. McKinney, W. T., Kane, F. S.: *Amer. J. Psychiat.* 1967, 124, 80. — 33. Meier, M. J., Martin, W. E.: *JAMA* 1970, 213, 465. — 34. Mendels, J., Stimmitt, J. L., Burns, D.: *Arch. Gen. Psychiat.* 1975, 32, 22. — 35. Murphy, D. L.: *Amer. J. Psychiat.* 1972, 129, 141. — 36. Murphy, D. L.: *Neurotransmitters. Ass. Res. Nerv. Ment. Dis. USA.* 1972, vol. 50. — 37. Murphy, D. L., Brodie, H. K., Goodwin, F. K.: *Nature* 1971, 229, 135. — 38. Murphy, D. L., Henry, G. M., Weingartner, G.: *Psychopharmacol.* 1972, 27, 319. — 39. Murphy, D. L., Goodwin, F. K., Brodie, H. K.: *Amer. J. Psychiat.* 1973, 130, 73. — 40. Nyback, H., Borzecki, Z.: *Eur. J. Pharmacol.* 1968, 4, 395. — 41. Papeschi, R., McClure, D. J.: *Arch. Gen. Psychiat.* 1971, 25, 354. — 42. Sacks, O. W., Kohl, M. S., Messelhoff, C. R.: *Neurology* 1972, 22, 516. — 43. Scheckel, C. L., Boff, E., Pazery, L. M.: *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1969, 159, 939. — 44. Shulgin, A. T., Sargent, T., Naranjo, C.: *Nature* 1969, 221, 587. — 45. Smirk, H.: *Brit. Med. J.* 1963, 1, 146. — 46. Snyder, S. H., Taylor, K. M., Coyle, J. T.: *Amer. J. Psychiat.* 1970, 127, 199. — 47. Szpunar, I., Walter, E., Erickson, A. D.: *Clin. Chim. Acta* 1971, 31, 209. — 48. Taylor, K. M., Snyder, S. H.: *Science* 1970, 168, 1487. — 49. Turner, W., Merlis, S.: *Dis. Nerv. Syst.* 1964, 24, 538. — 50. Ungerstedt, U.: *Acta physiol. Scand.* 1971, 82, Suppl. 367. — 51. Uretsky, N. J., Schoenfeld, R. I.: *Nature* 1971, 234, 157. — 52. VanPraag, H. M., Korf, J.: *Psychopharmacol.* 1971, 19, 199. — 53. VanPraag, H. M., Korf, J., Shut, D.: *Arch. Gen. Psychiat.* 1973, 25, 827. — 54. VanWoert, M. H., Heninger, G., Rathey, U.: *Lancet* 1970, 1, 573. — 55. Vazquez, A. J., Sabelli, H. C.: *Experim. Neurol.* 1975, 46, 44. — 56. Weintraub, M. I., VanWoert, M. H.: *New Engl. J. Med.* 1971, 284, 412. — 57. Yaryura-Tobias, J. A., Merlis, S.: *JAMA* 1970, 211, 1857.

Országos Kardiológiai Intézet
(igazgató: Gábor György dr.),
Sebészeti Osztály
(tudományos osztályvezető: Árvay Attila dr.),
Bajcsy-Zsilinszky Kórház,
II. Belgyógyászati Osztály (főorvos: Kerkovits Gyula dr.)

Aorta ascendens aneurysma és aorta- insufficiencia műtéti megoldása

Árvay Attila dr., Békássy Szabolcs dr.
és Kerkovits Gyula dr.

Az aorta ascendens aneurysmák az aetiológiájuktól függetlenül, fokozatos növekedésük miatt aortagyök-tágulatot, illetve aortabillentyű-elégtelenséget okozhatnak és hosszabb-rövidebb idő alatt

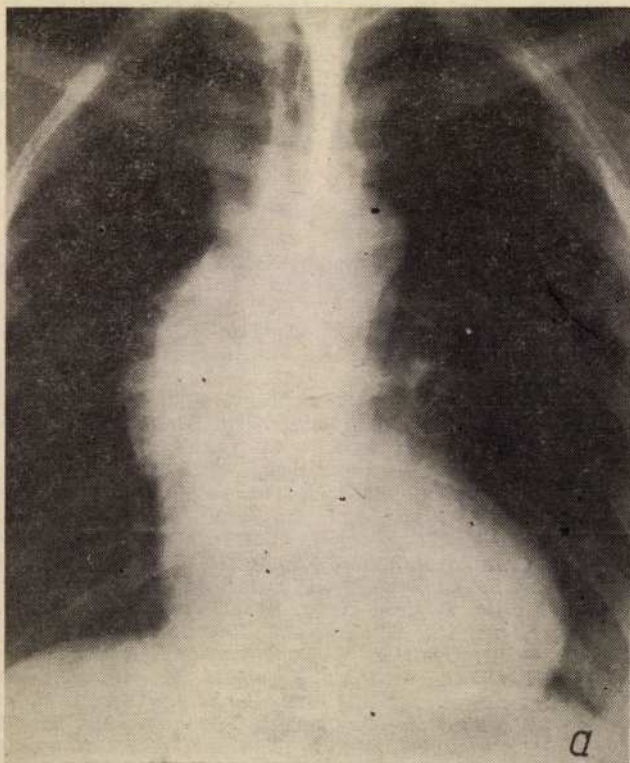
bal kamra elégtelenséget idéznek elő. Egyéb szövdmény (dissectio, ruptura, illetve a környező mediastinalis képletek compressiója) is keletkezhet.

Közleményünkben egy esetünket ismertetjük, akinek feltehetően Marfan-syndroma talaján kialakult ascendens aneurysmáját resecaltuk és aorta műbillentyűt ültettünk be. Tudomásunk szerint hazánkban ilyen műtét még nem történt.

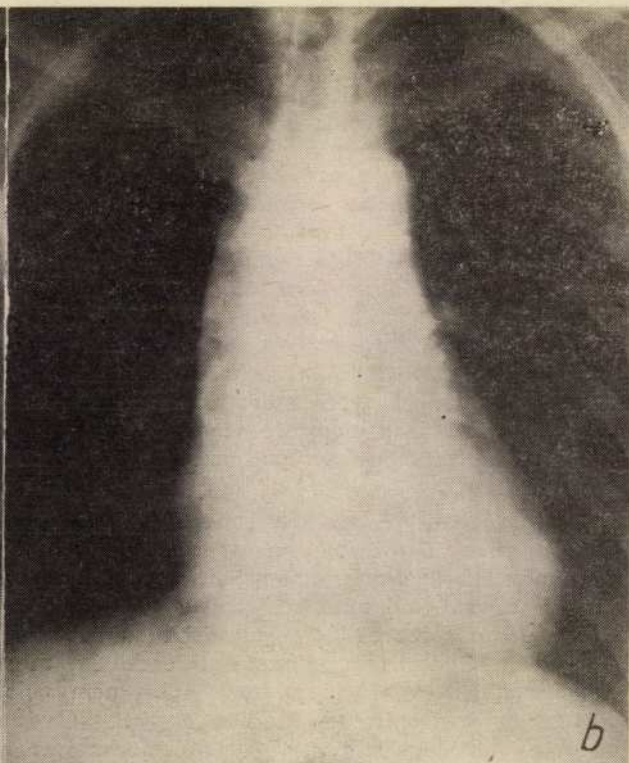
Esetismertetés

F. G., 26 éves nőbeteg aortamegnagyobbodása 6 éves kora óta ismert. Az akkor végzett aortographiás vizsgálattal az aorta ascendens ectasiáját állapították meg. 18 éves korában normális terhesség után komplikációmentesen szült (12). A szülést megelőzően készített mellkas röntgenfelvételen már kialakult ascendens aneurysma volt látható, és fizikális vizsgálattal aortainsufficienciát találtunk. Egy év óta terheléstől független szapora szív működést, bal karba sugárzó szegycsont alatti fájdalmat érez. A panaszok megjelenésével egy időben az aneurysma növekedését, illetve az aortainsufficiencia fokozódását észleltük.

Status praesens: közepesen fejlett és táplált nőbeteg. Hosszú, vékony kezűk. Jelzett ajak- és nyelv-cyanosis. A nyak két oldalán az a. carotisoknak megfelelően systolés surranás tapintható. A mellkas részarányos, rekeszek kitérnek, tüdők hallgatósági lelete normális. A körülírtan emelő csúcslökés a medioclavicularis vonaltól két harántujjal laterálisan tapintható. A szívtempulát jobbra egy harántujjal haladja meg a sternumot. Punctum maximummal az aorta hallgatósági helye felett 3/6 fokozatú ejectiós systolés, és hosszú protodiastolés zöreje hallható, utóbbi az aorta hallgatósági helyétől nem a szívcsúcs felé, hanem a szegycsont jobb széle mentén vezetődik. 88/min rhythmusos



1/a. ábra.
Praeoperatív rtg-felvétel



1/b. ábra.
Postoperatív rtg-felvétel

szívműködés és pulsus. A végtag-arteriák pulsatiója jól tapintható, peckelő. Máj elérhető, lép nem tapintható. RR.: 140/50 Hgmm. Laboratóriumi vizsgálatok kórosat nem mutatnak. Marfan-syndromára utaló radiológiai, illetve szemészeti eltérést nem észleltünk.

Mellkas röntgenfelvétel: a tüdőkeringés normális. A szív harántban szélesebb, szívből kimélyült. A bal kamra tágabb és enyhe bal pitvar tágulat is látható. Az aorta ascendensen jobb oldalon, csaknem a medioclaviculáris vonalig érő, helyenként meszes falú aneurysma látható (1/a. ábra).

Az aortographia során az aorta ascendensen fusiform aneurysma telődött, mely a Valsalva-tasakoktól az a. anonyma eredéséig terjedt. IV. fokozatú aorta insufficiencia volt látható.

EKG: 84/min sinus rhythmus. Meredek állású R tengely. PQ: 0,16 sec, QRS: 0,10 sec. Az I., II. és V₃₋₆ elvezetésekben 0,02 sec széles Q hullám. S_{v2} + R_{v6} = 40 mm.

1975. augusztus 12-én műtétet végeztünk. A szívet, illetve az aneurysmát median sternotomiából tártuk fel. A bal kamra mérsékelten tág és hypertrophiás. Az aorta ascendens férfikölnyre tágult, falában mészpikkelyek tapinthatók. A tágulat proximal felé orsószzerűen csökken, de az aortagyök is tágult (2. ábra). Distalisan az a. anonyma eredésénél az aneurysmát fokozatos átmenet nélkül követi az arcus aortae. Az a. femoralist, illetve a jobb pitvaron át a v. cavakat canuláljuk és az extracorporalis keringés megindítása után a beteget 30 °C-ra hűtjük le. Az a. anonyma eredésétől proximalisan leszorítjuk az aortát, majd az aneurysmát hosszirányban megnyitjuk. A Valsalva tasakok síkjától distalisan, illetve az aortalefogó műszertől proximalisan haránt aortotomiát is készítünk. A háromtasakos aortabillentyű hártás, de szélei felsodrottak és megrövidültek (3. ábra). A nem coronariás tasakon a commissura közelében 6 mm átmérőjű kerek nyílás van. A billentyűt resecáljuk, majd mindkét coronaria-szájadékot canuláljuk és folyamatos, isotherm coronaria perfusiót indítunk meg. 23-as méretű Björk-Shiley aorta műbillentyűt ültetünk be nyolcas öltésekkel. Ezután a distalis aortotomia vonalában az aortát körkörösén átmetszük és 25 mm átmérőjű Edwards szövött dacron ér-prothesist varrunk be tova futó öltésekkel. Az aortafalra kívülről dacron velour csíkot helyezünk és ezen át vezetjük az öltéseket. A proximalis anastomosist az aorta lumene felől vezetett öltésekkel készítjük úgy, hogy a dorsalis aortafalat redőbe emeljük. Lateralisan és ventralisan itt is dacron velour csíkkal erősítjük meg az aortafalat. Légtelenítés után a coronaria canüloket eltávolítjuk és az anastomosist befejezzük (4. ábra). Az extracorporalis keringés megszüntetése és decanulálás után a graftot az aneurysma-fallal beborítjuk. Ideiglenes pacemaker-elektrodákat és bal pitvari nyomásmérő canült helyezünk be, majd a sebet zárjuk.

A közvetlen postoperatív szak eseménytelen volt. A műtét utáni hetedik napon varratszedéskor eltávolítottuk a pacemaker-elektrodákat és a bal pitvari canült. Néhány órával később pericardialis tamponade alakult ki. Reoperációt végeztünk. Sebészi vérzést nem találtunk. E műtétet is zavartalan postoperatív szak követte.

A heges, meszes aneurysma-fal szövettani vizsgálata a kóreredetre vonatkozóan felvilágosítással nem szolgált. A resecált aortabillentyű szövettani vizsgálata során a nodulusoknak megfelelően kialakult mucopolysaccharidákban gazdag szövet-proliferatio Marfan-syndroma részjelenségeként értékelhető (Szinay Gyula dr.).

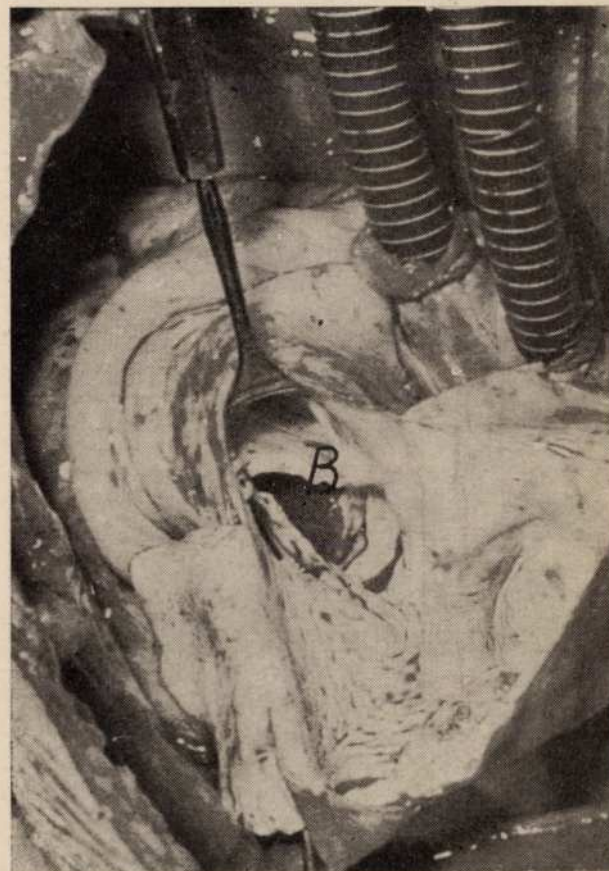
Betegünkben a késői postoperatív szakban postcardiotomiás syndroma zajlott. A műtét után hat hónappal panaszmentes, tensiója 120/80 Hgmm. Mellkas röntgenfelvételen mérsékelt bal kamra megnagyobbodáson kívül kóros eltérés nem látható (1/b. ábra).

Megbeszélés

Irodalmi adatok szerint az aorta ascendens aneurysmák oka az esetek kétharmadában athero-



2. ábra.
Műteti feltárás
A.: aorta aneurysma
J.: jobb kamra



3. ábra.
Az aneurysma megnyitása után látható, hogy az aortabillentyű (B) szélei felsodrottak és megrövidültek



4. ábra.
A beültetett ér-prothesis (P)

scleroticus degeneratív aortafal-elváltozás, míg a fennmaradó egyharmadban cysticus media necrosis, Marfan-syndroma, illetve syphilis az aetiológiai tényező (4). A betegek kétharmadában az aneurysma növekedése miatt progressív aortabíly-elégtelenség alakul ki (4). Az aortabíly-elégtelenség, illetve következményes bal kamra elégtelenség megjelenésekor a műtét sürgős. Ilyenkor a műtéti kockázat még elfogadható (2, 5, 4) és a betegek várható túlélése is jó (4).

Számos közlemény magas (20–64%) műtéti, illetve korai mortalitásról számol be (6, 7, 8, 9, 10, 11). A műtéti, illetve korai halálozás egyik leggyakoribb oka a varratsorokon át történő vérzés. Emiatt, illetve az aortagyökön észlelt recurrens aneurysmák miatt többen (3, 8, 10) alkalmazzák az aneurysma és a Valsalva-tasakok együttes resectióját, ami azonban a coronariák graftba való reanastomizálását teszi szükségessé.

Betegünkön a műtétet DeBakey (1, 4) módszere szerint végeztük. A varratvonalak általa javasolt megerősítése egyrészt minimálisra csökkenti a vérzéses komplikációkat, másrészt 100 betegének késői utánvizsgálata során recurrens aneurysma formatiót nem észlelt (4).

Összefoglalás. Szerzők egy esetüket ismertetik, akinek — feltehetően Marfan-syndroma talaján kialakult — aorta ascendens aneurysmáját és aorta-insufficienciáját ér-prothesis, illetve műbillentyű beültetésével korrigálták. Röviden áttekintik a műtét sebésztechnikai szempontjait. Betegük 6 hónappal a műtét után panaszmentes.

Megjegyzés a korrektúránál

A kézirat beküldése óta eltelt újabb hat hónap alatt a beteg változatlanul panaszmentes. Az elvégzett ellenőrző vizsgálat során az elektrokardiogrammon a bal kamra hypertrophia jelentős csökkenése, mellkas röntg-felvételen közel normális szív nagyság látható.

IRODALOM: 1. DeBakey, M. E. és mtsai: Surg. Clin. N. Amer. 1966, 46, 1046. — 2. Cooley, D. A. és mtsai: Surg. Clin. N. Amer. 1966, 46, 1033. — 3. Helseth, H. K. és mtsai: Ann. Thorac. Surg. 1973, 16, 368. — 4. Liddicoat, J. E. és mtsai: Circulation, közlés alatt. — 5. Liotta, D. és mtsai: Arch. Surg. 1970, 101, 734. — 6. Meier, W. E.: Thoraxchir. Vask. Chir. 1971, 19, 345. — 7. Rosenberg, H. L., Mulder, D. G.: Arch. Surg. 1972, 19, 105. — 8. Schulte, H. D., Bircks, W.: J. Cardiovasc. Surg. 1971, 12, 469. — 9. Shumacker, H. B.: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1972, 63, 1. — 10. Singh, M. P., Bentall, H. H.: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1972, 63, 218. — 11. Wheat, M. W. Jr. és mtsai: Ann. Thorac. Surg. 1971, 12, 593. — 12. Zilahi Z., Kerkovits Gy.: Geb. u. Frauenhkl. 1969, 29, 1109.

„Nem az teszi az orvost, hogy kinek a véleményét osztja, hanem, hogy minő munkát végez.”

Paracelsus

Verzár Frigyes

Születése 90. évfordulója

A mester és a tanítvány viszonylatában ritkán adódó lehetőség, hogy tudományos vizsgálataik eredményeinek első közös publikálása után több mint négy évtizeddel is együtt adjanak számot kutatásaikról. Még ritkábban adódhat lehetőség, hogy a tanítvány 55 évi, mindig fenntartott szoros szakmai, tudományos, emberi kapcsolat után írhat mesteréről, méltathatja most már szinte történelmi távlatokra és eseményekre visszatekintve tudományos és emberi kvalitásait. Beszélhet róla mint bölcs kutató tudósról, tanítómesterről, atyai barát-ról, emberről, aki ember volt és ember tudott maradni mindig és minden körülmények között. Ritkán adódhat, hogy a tanítvány több mint fél évszázados töretlen, szoros személyi kapcsolatot, kötetlen kivevő összegyűjtött levelek alapján — melyek az országhatárokat is legyőző összekötő szálak elszakíthatatlan voltát bizonyítják — hódolhat tisztelettel Mestere előtt, annak 90. születésnapján.

Igen! E sorok írója mint kezdő orvostanhallgató 1921-ben került a debreceni egyetemre a Verzár professzor vezetése alatt állott Élettani és Kórtani Intézetbe. Majd 1930-ban, amikor Verzár professzor eleget tett a baseli egyetem meghívásának, vele ment mint egyetlen, régebbi munkatársa.

Mint fiatal orvostanhallgató s kezdő orvos tehát nyolc, életemnek talán legfogékonyabb esztendőjét tölthettem egyfolytában a nagy Mester mellett, aki akkor, amikor intézetébe kerültem, még csak 35 esztendő volt. Ez alatt a nyolc esztendő alatt — közvetlen együttműködésünk első periódusában — nemcsak annak a mozgalmas időnek voltam szemtanúja, mely egyetemünk kezdeti fejlődésével járt együtt s amelyben a fiatal Verzár professzornak oly kimagasló szerepe volt. Nemcsak a nagy tanítómestert, a hihetetlen energiával dolgozó kutatót ismertem meg, hanem az intézeti délutáni teák alatt, a személyes és közvetlen együttléteink során nem ritkán felvillantott régi emlékeit, visszaemlékezéseit hallgatva, az embert is. Életének folyásáról, gyermekkoráról, egyetemi éveiről, korábbi munkásságáról, az első világháborús élményeiről sok mindent tudtunk meg a mindig oly sokat nyújtó délutáni együttléteinken.

Így tudtuk meg addigi életéről, hogy már mint fiatal orvostanhallgató, 1905-ben a nagy magyar anatómus, *Lenhossék* professzor intézetében dolgozott. 1907-ben — közel 70 esztendője! — jelenik meg első közleménye, melyben leírja, hogy a csirke-embryo 4–5 napos korában, tehát akkor, amikor még sem az idegek, sem a harántcsíkolt izomzat nem differenciálódott, ritmusos mozgásokat végez. — Közleménye után fél évszázadnak kellett eltelnie, hogy az akkor még fiatal orvostanhallgató megállapításait felfedezzék.

Néhány évi morphologiai intézetben töltött munkássága után a physiologiai kutatások iránti

érdeklődését követve előbb Budapesten *Mansfeld* professzor gyógyszer-tani, majd *Tanagl* professzor kórélettani intézetében dolgozott. Itteni munkásságára figyelt fel *Bernstein*, a hallei egyetem híres electrophysiológusa, *Du Bois Raymond* volt tanítványa, s hívta meg intézetébe. A *Bernstein* intézetében eltöltött évek hosszabb időre megszabták az electrophysiologia terén *Verzár* kutatási irányát.

Bernstein nyugalomba vonulása után magyar állami ösztöndíjjal még egy évet *Barcroft* intézetében, Cambridge-ben töltött. Onnan hazatérve, 1913-ban — tehát 27 éves korában — a budapesti egyetemen magántanárrá habilitálják.

Életének ezzel lezárult első szakaszát *Verzár* a „fejlődés”, az „előkészület” periódusának jelölte meg beszélgetéseink során. Mint annyi sok mindent, *Verzár* „fejlődését”, „előkészülését”, a fiatal magántanár szépen ívelő karrierjét is félbeszakították az 1914-ben kitört első világháború vérzivataros, annyi sok szenvedést, áldozatot, emberi életet követelő esztendei. *Verzár*t is behívták katonai szolgálatra, s rövid kiképzés után frontszolgálatra osztották be. — Talán a sors rendelte úgy, hogy az orosz fronton szenvedett sérülésével a debreceni hadikórházba került, Debrecenbe, abba a városba szállították, ahol azelőtt soha nem volt. Így került ebbe a városba, melynek életében nem-sokára oly kimagasló szerepet játszott, és amely az elkövetkező több mint tíz esztendőn keresztül egyetemi professzori működésének színhelyévé vált.

Felgyógyulása után a katonai kórház bakteriológiai laboratóriumának élére osztották be. Majd abban az időben, amikor a hadifoglyok, de a lakosság körében is kolera- és kiütéses tifusz járvány lépett fel, a honvédelmi hatóságok a fiatal — amatőr — mikrobiológust egy olyan terület epidemiológiai főnökévé nevezték ki, ahol kolerában hetente közel ötszázan haltak meg.

Ezek az évek — természetesen — nem kedveztek a kutatómunkának. De *Verzár* ebben az időben is folytatta vizsgálatait a *Bact. coli* törzsek oxygen-felvételét és CO_2 -leadását határozva meg. Vizsgálataiban a *Barcroft* apparátust mint respirometert használta abban az időben, amikor a *Warburg*-készülék még nem volt.

Verzár életének második periódusa az 1919-től 1930-ig terjedő az a 11 esztendő, amikor a debreceni egyetem újonnan alakult orvosi fakultásának professzorává kinevezve megszervezte és vezette a kórélettani, majd később mellette az élettani intézetet is. Ezzel kapcsolatosan szívesen beszélt az orvosi fakultás alakulásának körülményeiről, amelyekben ő már tevékeny, mondhatni irányító szerepet töltött be, azokról a kezdeti nehézségekről, melyeknek már e sorok írója is, mint az élettani intézet fiatal munkatársa, részese volt.

Verzár — és vele együtt még két másik professzor — meghívására a debreceni egyetem tanácsa 1918 márciusában tette meg javaslatát. A *Verzár* meghívására vonatkozó Tanács felterjesztés — többek között — a következőket tartalmazza: „*Verzár* élettannal, chemiával és bakteriológiával foglalkozott. Mint katonarvos, a bakteriológiával

klinikai és közegészségtani irányban éppen Debrecenben foglalkozott sokat. Nagy irodalmi munkásságát külföldiek is sokra értékelik. Több nyelvet beszél, világlátott, jó előadó, kiváló ember”.

IV. Károly, az utolsó magyar király, uralkodásának utolsó heteiben 1918. szeptember 18-án Reichenauban írta alá *Verzár Frigyes, Orsós Ferenc és Vészi Gyula* kinevezését. Így lett *Verzár* a debreceni egyetem elsőnek kinevezett négy orvos-professzorának egyike. (Elsőnek — 1916-ban — *Kenézy Gyulát* nevezték ki egyetemi tanárrá.) Kinevezése az egyetem kórélettani tanszékének katedrájára szült. Rövid idő után azonban, amikor az élettani intézet igazgatója, *Vészi Gyula* meghalt, *Verzárt* bízták meg az élettani intézet vezetésével is. Debreceni működése alatt végig e két intézetet vezette.

Kinevezése után hihetetlen munka hárult rá. A semmiből kellett nemcsak a tudományos munka feltételeit megteremteni — kezdve az új intézet megtervezésétől a felépítésig, a berendezéstől, felszereléstől munkatársainak kiválasztásáig mindent —, hanem az egész egyetem, az orvosi fakultás szervezőjének hármójukra, a három első orvosprofesszorra: *Kenézyre, Verzárra és Orsósra* hárult.

1921-től — amikor már *Verzár* professzor intézetének tagja és közvetlen munkatársa voltam — személyes élményként él bennem az a sokrétű, hatalmas munka, melyet hihetetlen energiával — az intézete, de az egyetem egészének érdekében is — végzett. Az szervezői munka, az egyetem fejlesztése érdekében kifejtett oly kimagasló tevékenysége mellett saját kísérletei végzésére csak a késő esti órákban jutott ideje. Nem egyszer virradtak rá a hajnali órák laboratóriumi asztala mellett. Így végezte azt a tudományos kutatómunkáját, melyre nemsokára a külföldi tudományos élet is felfigyelt és nagyra értékelt. Így kezdte meg egy olyan kutatógárda nevelését, melyek közül — csak ebben az időperiódusban, Debrecenben vele dolgozó tanítványairól beszélve — a későbbiek során tízen lettünk professzorok, itthon és külföldön.

Intézte először provizórikusan a volt hadikórház helyiségében kezdte meg működését. Intézetének már ebben az első — szükség — elhelyezésében is *Verzár* irányítása alatt jelentős értékű tudományos kutatások folytak. *Weszeckzy Oszkár* munkatársával a világirodalomban is alapvetőként értékelt — a későbbiekben tankönyvszerű megállapításokat hozó — munkásságot végzett a vércsoportok kutatása terén.

A második, de még mindig ideiglenes helyén levő intézetében — a gazdasági hivatalok számára tervezett épületben — már megkezdődtek irányítása alatt a mellékvesekéreg működésére vonatkozó, *Verzár* munkásságát évtizedeken át profilként jellemző, oly sok értékálló megállapítást hozó kutatások (*Beznák*), a bélből történő felszívódást tanulmányozó, a bélbolyhok mozgását elsőnek dokumentált vizsgálatok (*Kokas, Ludány*), valamint a hormonok és vitaminok közötti kapcsolatok felderítésére irányuló munkák (*Árvay*). Már itt is intenzív szerológiai, haematológiai kutatómunka folyt (*Zih, Vásárhelyi*) és beindíthatta, illetve foly-

tathatta a *Bernstein* hallei intézetében megkezdett electrophysiologiai kísérleteit (*Péter*).

A *Verzár* által vezetett két intézet 1924-ben került végleges helyére, az ún. elméleti tömb nyugati szárnyába települt modern, új intézetbe, minden korszerű követelményt kielégítő felszereltséggel. Mi, akik *Verzár* mellett dolgoztunk abban az időben, mi tudhattuk csak igazán értékelni azt a hatalmas munkát, melyet végzett a mindennapi kutatómunkája, és a ráháruló számos közérdekű, az egyetem érdekében végzett fáradozásai mellett azért, hogy biztosítsák minden körülmények között az akkori — a világháborút követő, még mindig nehéz gazdasági — viszonyok között is a tudományos munkának az a hajléka, amelyben most már minden feltétel adva volt az alkotó, tudományos kutatómunka végzésére.

Átköltöztünk az új intézetbe. Az igaz, hogy itt mások voltak a falak, nagyobbak, világosabbak a laboratóriumok, szebb és gazdagabb a könyvtár, modernebb a műszerezettség. De volt, ami nem változott: az intézet kutatógárdája az új, a nagy intézetben is egy család maradt, s a családfő, *Verzár* professzor változatlan energiával dolgozott s példamutatásával továbbra is változatlanul lelkesített bennünket a kutatómunkára. Ha most már nem is hol az egyik, hol a másik laboratóriumban állt meg délutánként egy negyedóra a munka, hanem a szép könyvtárunkban ültük körül az ovális asztalt, hogy megigyük a családfővel a délutáni teát, ez az együttlét most is változatlanul a családi együttlét ideje volt. Most is — éppúgy, mint a régi intézetben — szóba kerültek az adódott problémák, most is megbeszéltük eredményeinket, megvitattuk az esetleges sikertelenségeinket kísérleteink során. Nem változott az sem, hogy *Verzár* professzor most is mindennap bejött laboratóriumunkba, s ha kísérleteink egy-egy izgalmas szakba kerültek, órák hosszát velünk volt.

Az egyetemi építkezések befejezése, az egyetem szervezeti megszilárdulása, az új intézet elkészülte s az abba való beköltözködés nem jelentette azonban azt, hogy *Verzár* most már zavartalanul csak intézetének, csak kutatómunkájának szentelheti minden idejét. Most is, mint annyszor, és mint mindig, új feladatok elé állították. Ma is élénken él bennem, hogy 1925-ben néhány napos távollét után hazaérkezve, mily lelkesedéssel beszélt erről az új feladról. Elmondotta, hogy az akkori kultuszminiszter, *Klebsberg* hívatta fel Budapestre, s vitte le magával a Balaton mellé, a csodás fekvésű Tihanyi-félszigetre. Útközben tájékoztatta *Verzárt*, hogy nagyobb összegű támogatást kapott tudományos célokra s ebből az összegből itt, a Balaton partján, e csodás természeti környezet közepette biológiai kutatóintézetet akar építtetni. *Verzárra* gondolt, őt vitte magával, együtt jelölték ki az építendő intézet helyét s *Verzárt* bírta meg — mint az intézet kiszemelt, leendő igazgatóját — a terv elkészítésével és a munka megszervezésével. — 1925 májusát írták ekkor, s másfél év múlva, 1926 őszén már állott az új intézet s az ünnepélyes megnyitón a miniszter kezéből *Verzár* professzor mint az új intézet igazgatója vette át a Magyar Tudományos Akadémia Bioló-

giai Kutató Intézetét, a világhírű nápolyi és plymouthi intézetek mellett Európában annak idején a harmadik legmodernebb ily irányú kutatóintézetét.

Ezzel összefüggésben — ha időben előre is ugorva — jegyzem meg, hogy az intézet adminisztratív igazgatását s két osztálya közül az általános biológiai osztály vezetését *Verzár* a debreceni egyetemi tanári állása mellett látta el egészen 1930-ig, amikor a baseli egyetemre hívták meg. A kultuszminiszter kérésére azonban továbbra is részt vett — Baseltől is — a tihanyi intézet biológiai osztályán folyó kutatások szervezésében, irányításában. Minden évben többször is hosszabb időt töltött a tihanyi intézetben. Tudtuk mindnyájan, akik ismertük őt, hogy e munkáját, mint a magyar tudományos élettel való szervezett kapcsolatát, országhatárokon túlról, a távolból is a magyar orvosi tudomány iránti szeretettől áthatva ápolta mindig szeretettel. Legutoljára 1938 márciusában indult haza Baseltől Tihanyba. Útközben Bécsben érte a hír a Magyarországon bekövetkezett politikai változásról. Ez a változás is motiválta, hogy akkor lemondott tihanyi megbízatásáról.

A tihanyi események vázolása után — melyek során az összefüggésekre rávilágítandó időben előreléptem — visszatérek újra Debrecenbe, a 20-as évek derekára. Amikor tihanyi megbízatását, majd kinevezését megtudtuk — meg kell mondanom —, aggódva gondoltunk arra, hogy hogy tehet majd eleget a jelenben is éjt-napot eggyé tevő munkássága mellett vállalt kötelezettségének anélkül, hogy ne csökkenne annak a motornak hajtóereje, amely magával ragadott bennünket, debreceni munkatársait is.

Verzár munkaképességének, energiájának, tudomány iránti szeretetének azonban nem volt határa. Nemcsak a szubjektív visszaemlékezés mondatja ezt velem. Objektív bizonyítéka ennek intézetünk, a debreceni egyetem élettani és kórélettani intézetének magas szintű tudományos munkáját dokumentáló s külföldön is értékelt dolgozatok köteteket kitevő mennyisége is.

Nem lehet célom, hogy az értékes kutatások eredményeit itt ismertessem. Csak utalhatok arra, hogy ezekben az években is már a régi intézetünkben, az intézet munkásságát jellemző, jól kialakult profiltémák keretén belül folytak tovább a kutatások: a mellékvesekéreg hormonális működésének vizsgálata, a bélből történő felszívódás mechanizmusára, a vitaminok és a hormonok közti kapcsolatok jellegére, a hormonális interakciókra vonatkozó kutatások, electrophysiológiai munkák, haematológiai és szerológiai vizsgálatok a magas szintű oktató-nevelő munkán kívül.

Verzár számára újabb megbízást jelentett, amikor a debreceni és tihanyi intézetei mellett — melyek még a kezdeti nehézségeken éppen csak hogy alig estek túl — az 1927/28. évben a négykarú debreceni egyetem ügyeinek intézése, irányítása is rá hárult. Ő lett ekkor az egyetem első, orvoskarból megválasztott rektora. Rektorsága ideje alatt indult meg a tudományegyetem központi épületének építése, ekkor tették le az új épület alapkövét. Utalhatok még arra is, hogy ugyaneb-

ben az időben mint az Országos Ösztöndíj Tanács főtákarára döntő szerepet játszott az egész tudományos élet szervezésében és irányításában hazánkban.

1930-ban lezárult *Verzár* életének második periódusa, a debreceni egyetem új orvosi fakultásának szervezésében, ennek fejlődésében, a debreceni egyetem egészének, de Magyarország egész tudományos életében oly kimagasló értéket jelentő munkásságának időszaka. Tudományos munkásságának értékelését, országunk határain is túl történő megbecsülését a szubjektív visszaemlékezés minden szavánál talán jobban bizonyítja az a tény, hogy 1930 tavaszán meghívást nyert a baseli egyetemre s az ottani élettani intézet vezetésével bízták meg.

Újra személyes élményekre kell visszatérnem! Már a második esztendeje a női klinikán dolgoztam, amikor 1930-ban hívására vele mentem a baseli egyetemre. Így lettem — rövid megszakítás után — újra *Verzár* munkatársa, így lehettem újra közvetlen szemtanúja a debreceni esztendőknél után a kezdeti baseli évek eseményeinek is.

Verzár az új környezetbe hamar beilleszkedett. A baseli egyetem orvosi kara, a különben tartózkodónak, az idegenekkel, minden nem base-livel szemben zárkózottnak, konzervatívnak tartott professzorok hamar feloldódtak a messzi országból jött idegennel szemben.

Így kezdődött *Verzár* életének harmadik periódusa, az a 26 esztendő, melyet nyugdíjazásáig, 70 éves koráig a baseli egyetem élettani intézetében töltött gazdag kutató- s eredményes oktató-nevelő munkával.

Nem lehet itt terem ez alatt a 26 esztendő alatt folytatott tudományos munkásságának részletes méltatása, eredményeinek ismertetése. Csak két fő kutatási irányát emelem ki. A bélből történő felszívódást vizsgáló alapvető munkáinak synthesisét feleségével, a munkában is hűséges társával, *Jean McDougall-lal* írott könyvében 1936-ban adta („Absorption from the Intestine”, London). A másik munkaterületén folytatta a már Debrecenben megkezdett kutatásait, a mellékvesekéreg-hormon, a desoxycorticosteron physiologiai hatásának alapvető megállapításokat hozó analysisét. E munkái során mutatta ki elsőnek, hogy adrenalectomizált macskák és patkányok éveken keresztül életben tarthatók desoxycorticosteron adagolásával. A *Reichstein* által synthesált DOCA hatását ő és munkatársai „tesztelték” először a bélből történő cukorfelszívódás mértékével. A mellékvesekéreg physiologiával foglalkozó munkásságának összefoglalását az 1939-ben megjelent kitűnő könyvében adja („Die Funktion der Nebennierenrinde”, Basel).

Az előzőekben már említettem, hogy *Verzár* baseli munkássága ideje alatt — egész 1938-ig — irányította a Tihanyi Biológiai Intézet munkáját, annak az intézetnek munkáját, melynek megtervezője, szervezője és első igazgatója volt. Itt, Svájcban is — új munkaterületével kapcsolatosan — megszervezte a St. Moritz-i magaslati kutatólaboratóriumot, melynek munkáját éveken keresztül igazgatta és irányította. A magaslati klíma

hatására vonatkozó munkáinak synthesisét az „Atmosphärische Kondensationskerne” című könyvében 1970-ben adja.

Az akkor már a 60-as évei felé közeledő *Verzár* aktivitását, energiáját bizonyítja, hogy 1942-től kezdve sokirányú és értékes kutatómunkája mellett intenzíven részt vesz az Egészségügyi Világszervezet munkájában is. Genfben a WHO háború utáni táplálkozási program kidolgozására alakult bizottság tagja. 1947-ben 7 hónapot tölt Washingtonban, amikor a FAO keretén belül a táplálkozási program kidolgozására kiküldött bizottság munkáját irányította. Az Egyesült Nemzetek Szövetségének (UNO) titkársága megbízza a Bolíviába és Peruba küldött bizottság vezetésével s így hónapokat tölt az Andesekben. 1957-ben a caracasi egyetemen a praeklinikai oktatás megszervezésére kéri fel.

Nem hagyhatom — amikor életének harmadik periódusáról, baseli tanári működésének idejéről beszélek — említés nélkül azt, hogy új otthonában sem szűnt meg soha kapcsolatot tartani régi hazájával. Mindig, minden időben hangoztatta ide tartozását. Intézetében mindig voltak fiatal magyar kutatók. S hogy a második világháború után kifosztottan itt állott egyetemünk megkezdhetette működését, abban nagyon sokat jelentettek azok a teherautónyi rakományok, melyeket ott Svájcban *Verzár* biztosított és küldött a debreceni egyetemnek.

Az eddigiekben szinte csak címszószerűen utalhattam *Verzár* professzornak a baseli egyetemen történt nyugdíjazásáig tartó harmadik életperiódusára, annak történéseire, tudományos, intézetének falain is túlterjedő kutató és másirányú, azonban mindenütt a tudományt előbbrevívő, mindenben a humánumot szolgáló tevékenységére.

Nyugdíjazását követő újabb, *életének negyedik periódusát* a 70. életévének betöltése után is a szervező, építő, intenzív kutatómunka jellemzi. 1956-ban a Nemzetközi Gerontológiai Társaság Biológiai Kutató Csoportjának főtárgyára, s mint ilyen, megkezdte egy experimentális gerontológiai kutatóintézet megszervezését. A svájci nagy gyógyszergyárak megvették e célra Baselben a Nonnenweg 7. szám alatti házat s *Verzár* nyugdíjazása után egy évvel — 1957-ben — már készen állott korszerűen felszerelve, kitűnő kutatógárdával — köztük most is felesége és hűséges munkatársa — a *Verzár* igazgatása alatt ma is sok értékes eredményt adó kutatómunka színhelye: az Institut für Experimentelle Gerontologie.

Az intézetében folyó kutatómunka egyik hangsúlyozott területe a kollagenrostok öregedési folyamata, annak mechanizmusára, jellegére vonatkozó kutatások, annak vizsgálata, hogy a test fehérjeállományának mintegy harmadát adó kollagen öregedésének milyen jelentősége van a biotransformáció során. Intenzív kutatások folytak az idegrendszer szerepére vonatkozóan is az öregedés folyamán, és a szervezet adaptációs képességének kordependens változásait illetően.

A baseli, nonnenwegi intézet a világ minden tájáról jött tudósok mindig szívesen felkeresett találkozóhelye, kutatóhelye volt. Amerikából,

Ausztráliából, Ázsiából jöttek éppúgy vendégei voltak az intézetnek, mint Európa — mondhatni — valamennyi országából érkező neves gerontológusok. A 80. életévét is betöltött *Verzár* professzor soha el nem maradó aktív résztvevője volt a nemzetközi gerontológiai kongresszusoknak, legyenek azok akár Baltimore-ban, akár Moszkvában megrendezettek. Mindenütt eseményt jelentettek értékes előadásai, hozzászólásai, az ülések szüneteiben a vele való kötetlen beszélgetések. Mindenütt igaz megbecsüléssel vették körül azt a tudóst, kinek életmunkásságát több mint 600 tudományos közlemény és 20 könyv, monographia fémjelzi.

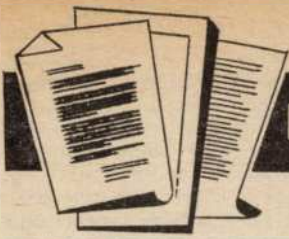
1956-ban, 70. születésnapját tanítványai és tisztelői egy, a Benno Schwabe & Co. kiadásában megjelent gazdag tartalmú ünnepi kötettel köszöntötték. Tíz évvel később, 80. születésnapján *Shock* professzor, a neves baltimore-i gerontológus szerkesztésében jelent meg egy, a tisztelői munkáját tartalmazó könyv. Kedves színfoltot jelentett az ünnepségek sorozatában *Verzár* számára az a kötet is, melyben a régi, debreceni tanítványai emlékeztek vissza négy évtized távlatából azokra az időkre, amikor *Verzár* professzor munkatársaiként dolgozhattak a nagy Mester első intézetében, a debreceni egyetem élettani és kórtani intézetében. A kötet szerkesztője *Kokas Eszter* volt, *Verzár* régi tanítványa, a North Carolina-i egyetem élettani intézetének volt igazgatója.

Tudományos munkásságának elismeréseként több akadémiai tagsággal, tiszteletbeli tagsággal tüntették ki. Több nagy nemzetközi tudományos társaság dísztagja, örökös tiszteletbeli elnöke. Díszdoktora a freiburgi és a debreceni egyetemnek.

Mi, régi tanítványai, vele voltunk, vele örültünk minden itt felsorolt és meg nem említett megbecsülésnek, de talán — mint régi debrecenieknek — az volt a legnagyobb örömünk, amikor a Debreceni Orvostudományi Egyetem avatta honoris causa doktorává.

Verzár professzorra való emlékezősemet személyes vonatkozásokra való utalással kezdtem. Végezni is ezzel szeretném! — Amikor 1921-ben a debreceni egyetemre átiratkoztam, *Verzár* professzor volt az egyetem dékánja s ő fogadott — a szokásos ünnepélyes keretek között — az egyetem hallgatói sorába. — Tanulmányaim végeztekor *Verzár* volt az egyetem rektora, az ő kezébe tettem le orvosi eskümet, tőle vettem át az orvosi diplomát. Az azóta eltelt évtizedek során életem talán legnagyobb élményét jelentette, hogy mint annak az egyetemnek dékánja, ahol a Mester dolgozott, én, a volt tanítvány tehettem először javaslatot *Verzár* honoris causa doktorrá avatására, a díszdoktor avató ünnepségen én mondhattam el a Laudatiót s én — mint rektorhelyettes — mondhattam neki az ünnepélyes avatás során, hogy „a Debreceni Orvostudományi Egyetem honoris causa doktorává fogadom”. Boldog vagyok s igen nagy megtiszteltetés számomra, hogy 90. születésnapján e helyen én, a régi tanítvány — több mint fél évszázados kapcsolatunkra visszaemlékezve — köszönhetem őt.

Árva Sándor



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Az European Society For Clinical Investigation (ESCI) X. Kongresszusa és a Párizsi Izotop Klinikán tett látogatás.

A második világháborúig Európáé volt a vezető szerep a természettudományok és orvostudomány területén. A második világháború lényeges változást hozott és ismert okok következtében (tudósok menekülése, ill. kivándorlása, Európa csaknem teljes pusztulása, Amerika intaktsága, sőt háborús nyereségei stb.) az USA monopóliumhelyzetbe került. Olyan egyoldalú fölény alakult ki, amely még hivatkozásaiban is ignorálta az itt megszületett eredményeket, s csak önmagát idézte.

A 60-as évek elejére erősödött meg kontinensünk annyira, hogy ezt a suta helyzetet felismerje és hogy főleg anyagiak, műszerezettség révén versenyképessé váljék a távoli kontinens kutatásaival. Szovjet, skandináv, német, francia és közép-európai eredmények bizonyították az erőfeszítések sikeres voltát, de a nemzetrekre bontott haladás nehezen birkózott a status quóval. Nemcsak kis nemzetek mint mi, de nagy nyelvterületek is elszigeteltek maradtak az amerikai pénz, folyóiratok, egymást segítő kutatócsoportok dömpingje mellett.

Valószínű, hogy mindebből eredt az a törekvés, hogy kontinensünk saját magának teremtsen magas szintű, diszkriminációtól mentes fórumot, ahol az eredmények korrekt volta, a vizsgálómódszerek megbízhatósága és a kutatók intelligenciája határozza meg találkozásait.

Igy született meg 1967-ben az ESCI, mintegy 70 taggal. A kis szervező gárda az irodalmi közlemények alapján válogatta ki alapító tagjait. Megtisztelő, hogy 3 magyar klinikust, ill. kutatót is felkértek tagságra. Azóta a tagság ajánlására kerülhetnek be új kollegák. A felvétel alapja a meglevő tudományos munka, 35 éven aluli kor és erkölcsi feddhetetlenség.

A társaság most 10 éves fejlődésére tekinthetett vissza, s nem kis meglepéssel állapította meg a közgyűlés, hogy ezen idő alatt új folyóiratot alapított nem kis tengerentúli ellenállást legyőzve!

Megfelelő arányban sikerült magyar kollégákat is beajánlani, úgy hogy most komoly magyar csoport erősítheti a többi szocialista országból jövő küldöttségek tekintélyét. Meg kell mondani, hogy egyetlen társaság kongresszusán sem uralkodik ilyen kifogástalanul kollegiális, vitakész, de kor-

rekt szellem, s nem fogadja az embert ilyen baráti, kellemes légkör. Rendkívül előzékenyen és elismerően egyenrangú félként fogadtak mindnyájunkat. A vendégszereteten igen sokat köszönhetünk a holland rendezőknek, élükön Hennemann dr.-ral, aki figyelmese házigazda és rendkívül jól szervezett kongresszusi rendezőgárda vezetője.

Országaink elismerését bizonyítja, hogy egy éven át magyar elnök vezette a társaságot Heim Tibor dr. személyében. Működéséhez több magyarországi rendezvény fűződik és ez az év hathatósan növelte hazánk tekintélyét is.

Tavaly nagyon büszkén hallgattuk végig Szentágothai prof. ragyogó előadását, akit az ünnepi Boerhaave-előadás megtartására kértek föl. Hallgatóságát lenyűgözte szellemesen felépített előadásával, eredményei izgalmas újdonságával és azzal az egyéni stílussal, tökéletes nyelvtudással, amelyről még idén is beszéltek a jelenlevők. Mindez ékes bizonyítéka volt annak, hogy a nálunk folyó kutatás, még akkor is, ha sokszor mostohább körülmények, gyengébb műszerezettség mellett és sokkal nagyobb energiárafordítással folyik, nemzetközi elismerést tud kiváltani és ez biztosan kisugárzik más területekre is és hathatós támogatja lesz rendszerünkön kívül kialakuló véleményeink. Éppen ebben látjuk külföldi szerepléseink megjelenésünk tágabb értelmét és misszióját is.

Az idei kongresszusra is az elmélyült munka volt jellemző. Komoly kritikai szellem, vitakészség, de mindig kifogástalan hangnem fogadta az előadásokat. A programot egész pontosan betartották, ez tette lehetővé, hogy a VII. szekció előadásából mindenki a neki legfontosabbakat hallgassa meg.

A rotterdami hatalmas modern egyetemi épület nagy előnye, hogy egy szép központi társalgó körül 2 nagyterem és számos kisterem helyezkedik el, úgy hogy előre kijelölt programmal az ember könnyen tudott a szekciók között váltogatni és változtatni is.

A szekciók felölelték a kísérleti orvostan szinte egész spektrumát, mégis néhány nagy témakör előretörését állapíthattuk meg, így különös hangsúlyt kapott a *hypertonia* (főleg pathomechanizmus, renin-angiotensin systemával, ionháztartással, folyadéktérrel való kapcsolata), a *nephrologia*, és főleg az *immunologia*. Ez utóbbiból számos előadás hangzott el, és ezzel nyerték el az idei tudományos díjat is a francia kutatók (A

cirkuláló thymus-hormon és ALS immunosuppressív aktivitása).

Az idei Boerhaave díszelőadását a Welcome-cég orvosvezetője tartotta az európai kutatás helyzetéről.

A kongresszust kísérő kiállítás idén szerényebb volt. Csak 2—3 gyógyszergyár és 2 orvosi műszer-gyártó cég mutatta be termékeit. Kiemelném azt a szellemes mozgólépcsőt, amelynek beállítható a sebessége és dőlésszöge, sőt futópaddal is átalakítható és szabályozottan dozírozható a munkamennyiség.

Értekesnek tartottam a könyvkiállítást: több könyv címét írhatuk össze, így az ember nem félig vaktában rendelheti meg a nélkülözhetetlen könyveket, hanem a szöveg és ábraanyag ismeretében dönthet. Meg lehetett találni a kutatáshoz, mindennapi klinikai munkához legalkalmasabb könyveket, és ki lehetett keresni az oktatásban értékesíthető műveket is.

A nagy program (245 előadás) mellett társadalmi megmozdulásra egyszer nyílt alkalom, amikor is a Duivenwoorde kastélyhoz vitték ki a kongresszus tagjait, utána pedig diszvacserán vettünk részt. Mindkettő meghitt, kellemes légkörben folyt.

Azt hiszem, mindnyájan megtaláltuk a kongresszus programjában azokat az előadásokat, amelyek munkánkhoz adatokat, gondolatokat szolgáltatottak, de emellett hazai rendezvényeink számára is számos szervezési ötletet hozhattunk haza.

Ide vehetném az értékes gyári kiadványokat is (ér- és szívbetegségek, vese-funkciókról, diabéteses angiopathiákról stb.).

Az Eü. Minisztérium lehetővé tette számomra, hogy 8 év után meglátogathassam azt a párizsi intézetet, ahol annak idején ösztöndíjjal dolgoztam. Kapcsolatainkat azóta is fenntartottuk és több cikket megjelentettem velük társ-szerzőségben hazatértem után is.

A kép, amely fogadott, egészen megdöbbentő volt. Első meglepetésem az volt, hogy az intézetet eredeti helyén nem is találtam meg. Kiderült, hogy az egész modern épület belseje annyira kiégett, hogy azóta sem tudták rekonstruálni. Intézetem már előzőleg átköltözött a szomszédos, a távozásom óta épült 10 emeletes épület felső emeletére. Azonban ez volt a kisebb változás. A lényegesebb az, hogy az addigi tisztán emeleti intézetből *izotóp klinika* keletkezett, saját beteganyaggal és kórtermekkel. Igaz, hogy annak idején már a Pasteurben is collaboráltunk a betegosztállyal, de az egészen különálló vezetés alatt állt. Most viszont Milhaud professzor vizitelt a betegekkel, majd ambulans consultatiót folytatott az ellenőrzés alatt tartott betegek számára. A beteganyag nagy területéről kerül hozzájuk a

legkülönbözőbb izotóp vizsgálataira. Nagyobb részük ambuláns vizsgálat után visszakerül a beküldő intézetbe. Azokat veszik fel, akiknél nagyobb dosisú izotópot alkalmaznak, vagy bonyolultabb, hosszabb a vizsgálat. Ilyen betegek feküdtek bent: Paget-kór, osteoporosis, csont-metastasis, májtumor, pajzsmirigyproblémák, Biermer-anæmia, hyperparathyreosis.

A betegek kezelésében a legtöbbet talán az „intern”-ek, azaz a szigorló orvosok tették, mint általában Franciaországban. Az intézetnek csak két teljes munkaidőjű orvosa van, a többiek, a specialisták egy-egy vizsgálat végzésére hetente 2–3-szor jönnek be az intézetbe, emellett természetesen még egy-két másik helyen dolgoznak, esetleg otthon praktizálnak.

Milhaud professzor consultációján is részt vehettem. A visszatérő, illetve visszarendelt betegek ellenőrzését végezte. A betegek teljes dokumentációval jöttek, a professzor a panaszok és a leletek alapján rendelte a kezelést. A betegek főleg osteoporosisosak, pagetesek vagy más csontelváltozásban szenvedők voltak. (Csak 1 példa: 150 Paget-kóros anyaguk van!) Legtöbbször calcitonin injekciós kezelést kaptak valamilyen D-vitamin preparátummal. A calcitonin időközben gyógyszerári forgalomba került, teljes dokumentációját megkaptam. Úgy tudom, nálunk most kerül importlistára.

Az intézet felszereltsége kiváló. Több különleges scintigraph, izotóp mérőműszerek, automatikus rendszerek és computer-kiértékelés avatja Franciaország legjobban felszerelt izotóp klinikájává. Végignézhettem a vizsgálatokat és beszéltem a különböző ágazatok szakembereivel. Felhívták a figyelmemet az igen nagy átmérőjű Toshiba gyártmányú collimatorra, amellyel az egésztest-scintigrammok rövid idő alatt készülnek.

Májról, lépről, pajzsmirigyről és tüdőről egyazon időben két scintigramm készül, pl. előről és hátulról. Minden gép színes ábrát ad egy szintelen másolattal, a kórlapokba ezek kicsinyített, szintelen másolata kerül.

(Egyébként meg kell jegyezni, hogy az irodai munkát egészen leegyszerűsítette a fénymásolás, amellyel fél–1 perc alatt bármilyen leletről, ábráról, adatokról másolat készíthető és készül is. Ebben nemcsak az intézet, de Franciaország általában is kitűnően áll, mert áruháztól kezdve állomásokig, nagyobb papírboltokig mindenütt lehet gyors fénymásolatot készíttetni. Arra gondoltam, hogy nálunk is bizonyára behozná az árát, ha legalábbis a nagyobb városokban egy-egy ilyen gép működne.)

Scintigraphián kívül rutinszerűen határozzák meg radioizotóp módszerrel a calcitonint, parathormont, STH-t, T_3 – T_4 –TSH-t, prolactint, gastrint.

A cardiologiai laboratóriumban szívterfogatot, kamrák nagyságát határozzák meg, de computer-számitás segítségével képet kapnak a perctérfogatról, pulmonalis keringésről és legfontosabb nyomásértékekről is. Kevésbé megbízható a coronaria-átáramlás értéke.

A klinikai részen kívül az egyetem területén működik még egy tudományos részlegük, külön vezetővel, aki hetenként bejön és referál a kísérletekről.

A rövid időben is igen sok érdekeset láttam a klinikán, meglepett a változás, amelyen időközben átmentek. Meg kell mondanom, hogy igen udvariasan, szabad talán azt is mondanom, barátságosan fogadtak és nagy élmény volt számomra 8 év távlatából látni működésüket, felszereltségüket. A calcitonin révén újabb collaborációra is nyílt lehetőség.

Nem kérdéses, hogy az intézet felszereltsége egészen magasan áll (igaz, ez ottani viszonylatban is egyedülálló), de a betegekkel való foglalkozás terén mi állunk jobban. Hasonló megállapítást tett az intézet egyik specialistája, aki szerint a túlzott specializálódás nem biztos, hogy javítja a beteg kilátásait, és főleg nem a közérzetét. Másrészt viszont magunk is érezzük, hogy ez a folyamat nem kikerülhet; helyes munkamegosztással talán egyesíthető is a kettő előnye

Hankiss János dr.



GLUDESIN fertőtlenítőszer

Baktericid, virusoid, sporocid és fungicid hatású általános fertőtlenítőszer.

ALKALMAZHATÓ:

- gumi- és műanyag katéterek, intratracheális tubusok, draineek, egyéb gumi- és műanyag tárgyak,
- különféle endoszkópok (cystoscop, oesophangoscop, bronchoscop, gastroscop stb.),
- tonométerek és egyéb kényes szemészeti eszközök és műszerek,
- anaesthesiologiai gépi berendezések és ezek tartozékai,
- fogászati eszközök (öntvények, fúrók, tükrök stb.),
- audiológiai berendezések és ezek tartozékai, valamint inkubátorok mosható részeinek hatásos fertőtlenítésére.

Ára:

1 liter	58,- Ft
5 liter	264,- Ft

KÉRJE RÉSZLETES ISMERTETŐNKET

Gyártja:

Reanal

FINOMVEGYSZERGYÁR

1147 Budapest, Telepes u. 53.

Forgalmazza: REANAL Vegyszerbolt

1147 Budapest, Telepes u. 58–60.



Szülészet-nőgyógyászat

Ikerterhesség. I. 335 klinikai eset statisztikai elemzése. Kauppi, A. és mtsai (Dept. of Pediat. and Obstet. and Gynec., Univ. of Oulu, Oulu, Finland): Acta Obstet. Gynec. Scand. 1975, Suppl. 44, 5—12.

A szerzők retrospektíve vizsgálatokat végeztek az Oulu-i klinikán 335 ikerszüléssel kapcsolatban. Az ikerszülések frekvenciája 1965 és 1973 között 1,7‰ volt. A szülések átlagosan a 37,2. terhességi héten zajlottak le. Az újszülöttek átlagos súlya 2590 g (A újszülött) és 2562 g (B újszülött) volt. A perinatalis mortalitás 9,3‰ volt (A: 9‰, B: 9,6‰). A szülés az esetek 29,2‰-ában a 37. terhességi hét előtt folyt le. Az utóbbi csoportban a perinatalis mortalitás 27,0‰ volt, míg a kihordott ikerterhességek csoportjában ez az érték 1,7‰. A perinatalis mortalitás a primigravidák között kétszer magasabb, mint a multiparák körében. Az ikerterhesség többnyire hyperemississal, prae-eklampsziával, anaemiával, pyelonephritisszel és hepatosissal szövődik, sokkal gyakrabban, mint egy magzat esetében. A szövödmények, beleértve a korai és késői terhesség alatti vérzéseket, a hydramniont és a „rára-kódásos” gestosisokat is, növelik a perinatalis mortalitást.

A gyakrabban jelentkező szövödmények és a magasabb perinatalis mortalitás összefüggésben állanak az ikerterhességgel, ezért az ikerterhességek, különösen a primigravidák intenzív észlelése és kezelése elengedhetetlen. Gellén János dr.

Ikerterhesség. II. Az aktív észlelés szerepe a terhesség és a szülés alatt. Jouppila, P. és mtsai (Dept. of Pediat. and Obstet. and Gynec., Univ. of Oulu, Oulu, Finland): Acta Obstet. Gynec., Scand. 1975, Suppl. 44, 13—19.

335 ikerterhességet és szülést észleltek intenzíven 1965 és 1973 között. Az ikerterhességet átlagosan a graviditás 33,7. hetében ismerték fel. Az ikreket az esetek 83,0‰-ában már a szülés előtt diagnosztizálták, sőt 1971—1973 között eseteik 40,2‰-ában az ikerterhességet már a terhesség 32. hete előtt megállapították. Szignifikánsan alacsonyabb a perinatalis mortalitás a szülés előtt diagnosztizált ikrek között, magasabb a születési súly és születéskor a terhességi hetek száma, mint csak a szülés alatt felismert ikrek csoportjában.

A gravidák 56,4‰ legalább 2 napot vagy annál hosszabb időt, 34,9‰ több mint 10 napot töltött kórházban terhesség alatt. A kórházban

töltött átlagos időtartam 11,3 nap volt. A 10 napnál hosszabb ideig hospitalizált terhesek csoportjában mind az A, mind a B újszülöttek között volt legalacsonyabb a perinatalis mortalitás. Az utóbbi csoportban az újszülöttek súlya átlagosan 100 g-mal magasabb volt, mint a kórházban nem kezelt anyák esetében. A szülés átlagos időtartama 9,3 óra volt. A szülést eseteik 22,0‰-ában indukálták. Az inductio burokrepesztéssel és/vagy oxytocin-nal infúzióval történt. A második magzat megszületését többnyire azonnali burokrepesztéssel gyorsították. Az A és B magzat megszületése közötti átlagos időtartam 17,5 perc volt. A két magzat megszületése között eltelt idő nem befolyásolta a perinatalis mortalitást.

A szerzők hangsúlyozzák az ikerterhességek korai felismerésének fontosságát.

Gellén János dr.

Ikerterhesség. III. Újszülöttkori morbiditás és mortalitás. Koivisto, M. és mtsai (Dept. of Pediat. and Obstet. and Gynec., Univ. of Oulu, Oulu, Finland): Acta Obstet. Gynec. Scand. 1975, Suppl. 44, 21—29.

335 újszülött ikerpár morbiditási és mortalitási rátáját vizsgálták. 649 magzat született élve. A koraszülöttek aránya 29‰ volt. Az ikrek 31,0‰-a a terhesség idejéhez képest kis súllyal született. 41,0‰-uk születési súlya 2500 g alatt volt. Az átlagos születési súly az A újszülöttek esetében 2590 g, a B újszülötteknél 2560 g volt.

Az újszülöttkori mortalitás (0—7 nap) 7,1‰-ot tett ki. A leggyakoribb halálokok: respirációs distressz szindróma, intracranialis vérzés és anoxia. Alacsony 1 perces Apgar-értéket gyakrabban észleltek a B újszülöttek között, mint az A ikrek csoportjában. Medencevégű szülés-kor gyakrabban fordult elő alacsonyabb Apgar-érték, mint koponyavégű szülések esetében. A 2500 g-nál nagyobb súlyú, terminusban született ikrek között jobb Apgar-értékre lehet számítani, mint koraszülöttek, ill. „small for date” újszülöttek esetében. RDS-szindrómát észleltek az A ikrek 8‰-ában és a B ikrek 12‰-ában. Hypoglycaemiát az esetek 8‰-ában, hyperbilirubinaemiát (több mint 15 mg‰-ot) 7‰-os, infétiót 6‰-os, transzfúziós szindrómát 7‰-os és fejlődési rendellenességet 6‰-os gyakorisággal észleltek.

A magas újszülöttkori morbiditás miatt az ikerterhességet mind szülészet, mind gyermekgyógyászati szempontból a veszélyeztetett terheségek csoportjába kell sorolnunk. Gellén János dr.

Ideg- és elmegyógyászat

Az agyi véráramlás változásai migraines roham alatt. J. W. Norris, V. C. Hachinski, P. W. Cooper: Brit. Med. Jour. 1975, 3, № 5985, 676—677.

Régóta ismert, hogy migraines fejfájás az extracranialis keringés fokozódásával jár. A fejfájást megelőző prodromalis tünetek hátterében agyi vasoconstrictiót tételeztek fel, ennek bizonyítása egzakt vizsgáló módszerekkel azonban még nem sikerült.

A szerzők egy eset kapcsán agyi keringésvizsgálat közben és angiographia előtt észleltek egy betegük-nél migraines rohamot, és így az egész lefolyást rögzíteni tudták.

Egy 18 éves, több éve b. o.-i hemiacraniában szenvedő nőt vettek fel osztályukra. A beteg bevezető tünete mindig a j. o.-i kéz, majd az egész testfelére kiterjedő zsibbadás és beszédzavar volt, néha j. o.-i hemianopiatól kísérve. Ez kb. 10 percig tartott, majd lüktető fejfájás szokott jelentkezni hányingerrel, hányással.

A beteg vizsgálata során intracarotidális ¹³³Xe-clearance módszerrel regionalis agyi keringésvizsgálatot végeztek a Lassen-féle technika szerint, 16 detectorral. Az első vizsgálat elkészülte után a beteg prodromalis tünetei a szokott módon jelentkeztek, ekkor újabb meghatározást végeztek, majd 15 perc múlva a fejfájás fázisában ismét. 0,5 mg ergotamin im. adása után újabb meghatározás történt, majd elvégezték a b. o.-i carotis angiográfiát.

A prodromalis szakban értékelhetően csökkent regionalis keringési értékeket kaptak, regionalis különbség nélkül (37,6 ± 3,9 ml/100 g/min.). A fejfájásos szakban a keringés nagymértékben fokozódott (63,3 ± 6,2 ml/100 g/min.). A harmadik meghatározás során, mikor a fejfájás már megszűnt, az áramlás még mindig magas maradt. Az angiogramokon az art. basilaris visszatelődése volt látható a communicans posterior-okon keresztül, egyébként normális értelődés volt látható.

Ez az eset bizonyította, hogy a prodromalis szakban az agyi keringés a megfelelő féltekén csökkent. A szerzők azt a tényt, hogy regionalis különbséget nem láttak, azzal magyarázzák, hogy a vasoconstrictio elsősorban a vertebro-basilaris rendszerben érvényesül. Az angiogramokon látható basilaris visszatelődés is ezt látszik alátámasztani. A fejfájásos periódus fokozott keringése a Lassen-féle luxus-perfúciónak felelhet meg. Az esetükben alkalmazott ergotamin inj. a keringést nem befolyásolta, ezért úgy látszik, hogy ergotamin veszély nélkül adható migraines betegeknek, nem kell a cerebralis vasoconstrictio fokozódásától tartani.

Orosz Eva dr.

A migrain és migrain-typusú fejfájás pathogenesis és gyógyszeres terápiája. Fanchaps, A. (Pharmazeutische Forschungs- und Entwicklungsabteilung der Sandoz AG., Basel): Med. Welt. 1975, 26, 1518—1523.

A klasszikus migraines roham három fázisban zajlik le: 1. corticalis, prodromalis tüneteket követően; 2. a fejfájás jelentkezik, melyet nausea, hányás kísér, végül 3. hosszabb-rövidebb ideig tartó post-paroxysmalis maradványfájdalommal fejeződik be. A típusos migrainben e fázisok, ill. tünetek egyike-másika hiányozhat (mint pl. az ún. Horton-szindrómában).

Egészen a közelmúlt időkig a migrain pathogenesisében kizárólag az érrendszeri jelenségeknek tulajdonítottak jelentőséget, azaz a prodromalis fázisban az intracranialis vasoconstrictiónak, majd ezt követően a vasodilatációnak és distenzióknak. Wolff 1948-ban figyelte meg, hogy a roham alatt erősen csökken a cranialis erek noradrenalin okozta vasoconstrictio iránti érzékenysége. Ugyanő figyelte meg azt is, hogy a fájdalommentes oldalon is hasonlóan reagálnak az artériák, tehát a fájdalom kialakulásában az érfal tónusának megváltozása mellett más tényezőknek is érvényesülniük kell. A vasodilatatio és a pulssal synchron distensio mellett a fájdalomérző receptorok sensibilizációja, azaz a fájdalomküszöb csökkenése következik be.

Az utóbbi időben több humoralis factorról bizonyították be, hogy az erek fájdalomküszöbének megváltozásáért felelősek. Az egyik ilyen anyag a *plasmakinin*, amely a roham alatt az érből a perivascularis szövetekbe is bediffundál. A *histamin* a roham során az érintett terület mastocytáiból szabadul fel és növeli az ér permeabilitását, következőképpen a plasmakinin transudatióját. (Horton-szindrómában kimutatható a vér histamin szintjének emelkedése.) Sokat vizsgált humoralis factor a *serotonin*. A roham kezdetén a serotonin a thrombocytákból szabadul fel jelentős mennyiségben. Hasonlóan a histaminhoz, növeli az érpermeabilitást és sensibilizálja a fájdalomérző receptorokat. Ez utóbbi humoralis factort reserpinnel és MAO-inhibitorokkal gátolni lehet.

A fájdalom kialakulása a mai ismeretek szerint tehát ilyen mechanizmus révén válik lehetségessé: a roham kezdetén a thrombocytákból serotonin szabadul fel, a mastocytákból pedig histamin és proteolitikus enzimek válnak szabadá. Az érpermeabilitás növekszik, és — részben a plasmakininek hatására — kifejezett transsudatio indul meg. A plasmakinin és a serotonin hatására lecsökken az érfal fájdalomérző receptorainak ingerküszöbe. A serotonin 5-hydroxi-triptamin formájában a veséken át kiürül, ezzel egyidőben az extracranialis artériák dilatálnak, passzív distenziójuk fokozódik, s a lecsökkent fájd-

lomküszöb miatt megjelenik a migraines fájdalom. Ennek csillapítására a szokásos analgetikumok alkalmatlanok.

A roham kezelésére a vasoconstrictor anyagok közül mindmáig a legeredményesebb az alfa-adrenerg bénító *ergotamin*. Ennek hatására növekszik az adrenalin és noradrenalin vasoconstrictor effectusa (alfa-stimulatio). A *dihydroergotamin* hatása gyengébb. Az orálisan rossz szul felszívódó ergotamin resorptióját a *coffein* jelentősen fokozza ezért per os coffeinnel együtt adható.

A roham megelőzésére rohammentes időben hormonterápiával, az esetleges specifikus allergén elleni deszenzibilizálással, diétával, psychotherápiával kísérleteztek. Újabban napi $3 \times 1-2,5$ mg-os adagokban adott *dihydroergotamin*tól láttak eredményt. Legutóbb a *clonidin* terjedt el preventív szerként. E szernek a sympathikus idegrendszerre kifejtett perifériás és centrális hatásmechanizmusa nem eléggé tisztázott. A fenti adagokban adva a vérnyomást nem befolyásolja. A *béta-adrenerg blokkoló* szereket is eredményesen alkalmazzák profilacticumként. Mindhárom pharmacon az érmotilitásra hat. Ezekkel ellentétben a humorális faktorokra hat a *methysergid* és *pizotifen*.

A *methysergid* félsyntheticus anyarozs-derivátum, melynek nincs vasoconstrictor aktivitása, ellenben stabilizálja az ereket, csökkentve érzékenységüket a „cold pressor” effectus ellen. Növeli az erek noradrenalin iránti érzékenységet, roham alatt pedig véd a catecholamin hatás ellen. Legjelentősebb hatása, hogy gátolja a histamin felszabadulást a mastocytákból, valamint, hogy kifejezett serotonin antagonist hatású. Tartós adagolása során collagen-károsodást, közelebből reversibilis retroperitonealis fibrosis kialakulását tapasztalták. Ezért hat hónapi rendszeres alkalmazás után 3—4 hetes szünet beiktatását tartják szükségesnek. A *pizotifen* semmiféle vasoconstrictor hatással nem rendelkezik, viszont jelentősen csökkenti a noradrenalin felszabadulást az idegvégkécsülékekben. Ellentétben a methysergiddel, nem interferál a serotonin felszabadulással, viszont igen erőlyes antihistamin és serotoningátló hatású. Jelentősen csökkenti ezen aminok érpermeabilitást fokozó hatását is. Bizonyíthatóan blokkolja a histamin felszabadulást a mastocytákból. Nagyobb koncentrációban anti-bradykinin hatású és enyhe sedativum is. Átlagos preventív adagja $3 \times 0,5$ g naponta.

Berkessy Sándor dr.

Statistikai vizsgálat pszichoszomatikus fejfájásokban. Timsit, M. és mtsai (Département de Psychologie Médicale, Liège): Münchener Medizinische Wochenschrift, 1975, 117, 1515—1520.

A pszichoszomatikus fejfájás kifejezést két értelemben használják: részben az olyan „pszichogén” fejfájásokra, amelyekben nem mutatható ki szervi ok, részben az izomkontrakcióra visszavezethető migrénszerű vagy véredény-eredetű fejfájásokra. A szerzők 1380 beteget vizsgáltak meg, akiknek első csoportja a kifejezés második értelmében vett pszichoszomatikus fejfájásban szenvedett, kontrollként szolgáló második és harmadik csoportja pedig nem szenvedett fejfájásban, illetve más pszichiátriai betegségek (depressziók, fóbiák stb.) tüneteként értékelhető fejfájásra panaszkodott.

A három csoport között nem volt szignifikáns eltérés életkor és társadalmi státusz szerint. Többen szenvedtek pszichoszomatikus fejfájásban a kétgyermekes családok tagjai és az elsőszülött testvérek között. (A szerző felhívja a figyelmet a fenti lelet és a kétgyermekes család, mint korunk elfogadott ideálja közötti ellentmondásra: családi és egyéni anamnézisében gyakoribbak a pszichoszomatikus betegségek.)

Iskolai végzettségük magasabb, az életben többre becsülik a másik két csoport tagjainál a gondolkodás értékét. Legtöbbjük városi környezetből származik, foglalkozásában túlerhelt.

Az orvos benyomása szerint magasabb intellektuális színvonal és kisebb emocionális jellemző rájuk. Ellentmondás, hogy az orvos megfigyelése szerint jellemzőségeik érettebbek, de a Rorschach-teszt szerint bizonyos fokig érteletlenek. A nyílt, kifelé fordított agresszió a várakozásnak megfelelően alacsony, de az elfojtott agresszió szintje általában marad a vártak. Személyiségükben dominálnak a kényszeres vonások.

A pszichoszomatikus fejfájásban szenvedők ritkábban panaszkodnak szívdobogás-érzésre, szédülésre, fulladásra, mellkasi nyomásra, görcsös fájdalmakra a különböző testtájékokon, gyengeség-érzésre. Gyakoribb köztük a hányinger és a hányás. Gyakrabban élnek a különféle élvezeti szerekkel, ami a sok vizsgálatban megerősített orális kielégülési hajlamra utal.

Harmat Pál dr.

Opticus-neuritis: a kanyaró ellenanyagok sclerosis multiplexre utalnak Hutchinson, W. M. és mtsai (National Hospital for Nervous Diseases, London): British Medical Journal, 1976, № 1, 6001 64—66.

A sclerosis multiplex keletkezésében a kanyaróvírus szerepe már régóta vitatott kérdés. Az opticus neuritis esetén — mint a sclerosis multiplex legelső tüneténél — kanyaró-ellenanyagok már a sclerosis multiplex „in statu nascendi” fennállását jelzik. A sclerosis multiplex esetek 10—20%-ában az opticus-neuritis a kezdeti tünet, fő-

ként felnőtteken figyelhető meg az összefüggés. 100 beteg közül — akiken ismeretlen eredetű opticus neuritis jelentkezett — a későbbiek során 41 esetben sclerosis multiplex alakult ki. A serum vizsgálatok kanyaróvírus immunoglobulin titerének alakulása igen jellemző: az 59 gyógyult beteg és a kontrollok esetében a kanyaró-specifikus ellenanyagok titere 137,3—132 volt, míg ugyanez az érték abban a 41 betegben, akin az opticus neuritist sclerosis multiplex követte, 244,1, azaz lényegesen magasabb volt. Ezek szerint a kanyaró-specifikus ellenanyagok immuntiteréből a demyelinisatiós tendencia, ill. a progressio olvasható ki.

ifj. Bugyi István dr.

L-dopával kezelt parkinsonos betegek hanyatlása. Guillard, A.: La nouvelle Presse Médicale 1975, 4, 2503—2506.

L-dopával 4—6 évig kezelt 87 parkinsonos beteg tüneteinek változását foglalja össze a közlemény. 42 betegben a kezelés kapcsán észlelt javulás tartós volt, ugyanakkor 45 betegben a klinikai állapot sajátságos progresszív rosszabbodását állapították meg. A terápiás hatás csökkenésének első jelei az esés, a járászavar és az akinesia ismételt megjelenése, amely eltér a kezelés előtti tünetektől. A betegek helyzet-változtatásakor, járáskor inkább előre, míg álló helyzetben, vagy a járás megkezdésekor inkább oldalra dőltek. A tremor általában ritkán tért vissza, s az akinesiahoz nem társult gyakran rigor. Az eséshajlam mellett 35 betegben sajátságos tünetcsoportot lehetett megfigyelni. 8 esetben a visszatért tünetek nagyrészt a kezelés előtti állapothoz hasonlóak, de a tremor gyakran hiányzott, s a rigor kevésbé volt jelentős. 18 esetben a mozgászavar jelentősen eltért a kezelés előtti-től, ugyanis a járás, lefekvés, felkelés, ágyban való megfordulás, a mozgásgátlás miatt erősen korlátozott lett, de ugyanakkor a felsővégtagok mozgáskészsége tartósan jól megőrzött maradt. Gyakran változott az akinesia intenzitása, függetlenül a gyógyszerbeviteltől. 9 betegben a gyakori oldalraesés állott előtérben, egyéb parkinsonos tünet visszatérése nélkül. Csak a kezelés 2—3. évében észleltek néha abnormis mozgásokat, roham-szerű akinetikus epizódokat. 11 betegben lépett fel intellektuális hanyatlás. A túlélt L-dopával kezelt és nem kezelt betegek esetében közel hasonlóan alakult.

Baltavári László dr.

Bioelektromos epilepsiában és magatartászavarban szenvedő gyermekek anticonvulsiv kezelésének hasznáról: katamnesztikus tanulmány 76 esetről. Egli, M., Graf, I. (Klinik für Anfallkranke Bethesda,

Tschug, Schweiz): Acta Paedopsychiatrica 1975, 2, 54—66.

Epilepsiára jellemző EEG jelek bizonyított klinikai tünetek nélkül gyakran okoznak diagnosztikus és terápiás bizonytalanságot. A szerzők tárgyalják a „bioelektropusztán b. e.-ban anticonvulsiv terápiával megelőzhető-e epilepsiás klinikai tünetek fellépése, és kedvezően befolyásolja-e ilyen terápia a b. e.-ban valószínűleg halmozottan előforduló, nem karakterisztikus roham-szerű tüneteket (paroxysmalis fej és hasi fájdalmak, acetonaemiás hányás, pavor nocturnus, enuresis nocturna, somnambulismus).

Az összeállításban figyelembe vett betegeken 3 és 19 éves kor között (átlag 8,8 év) észleltek először görccspotenciálokat. Megfigyelésük átlagosan 9,2 éven át tartott. Minden betegnek magatartási zavarai (nevelési problémák, neurosis) is voltak. Ezért nagyon sok gyermeket mind antiepilepticumokkal, mind psychofarmakonnal kezeltek. A betegek mintegy harmada 3—17 éven át, kb. harmada csak kevesebb mint 3 éven át részesült rendszeres anticonvulsiv kezelésben, végül utolsó harmada egyáltalán nem vagy nem megfelelő anticonvulsiv kezelést kapott.

A szerzők a katamnesztikus adatok feldolgozásából a következő tanulságokat vonják le.

1. Kimutatható progresszív agyi károsodás nélküli b. e.-ban anticonvulsiv terápia nem indokolt.

2. Kizárólag b. e.-ban későbbi klinikai tünetek fellépése ritka és megelőzésükre anticonvulsiv terápiát alkalmazni nem érdemes.

3. A magatartászavar kezelésére mindenekelőtt pedagógiai, psychotherápiás stb. módszerek szükségesek, gyógyszeresen a neuroleptikumok egyértelműen kedvezőbbek. Jó eredményt az anticonvulsiv szerek közül majdnem kizárólag csak barbituráttal értek el (főleg eretikus, agresszív gyermekeknél). Diphenylhydantoinok teljesen hatástalanok voltak. Ezzel szemben neuroleptikumok alkalmazása, enyhébb esetekben Melleril, súlyosabb esetekben Neuleptil eredményes volt. Nagy dózisok sem provokáltak epilepsiás rohamot.

4. Az indokolatlan anticonvulsiv terápia nemcsak hatástalan, de kedvezőtlen mellékhatással is járhat. Ilyenek lehetnek a gyermekek iskolai teljesítményének csökkenése, magatartászavarok fokozódása, továbbá elvonási tünetek, amelyek miatt a gyermekek circulus vitiosusként az epilepsiás bélyeget kapják.

Acs Katalin dr.

Óriás axonalis neuropathia. Hideki Igusa és mtsai (Neurological Institute, Faculty of Medicine, Kyushu University): Neurology 1975, 25, 717—721.

A szerzők egy 8 éves japán kislány esetét közlik. A ritka tünetcsoport klinikai entitásnak tartható. A

legpregnansabb tünetek: pubertas praecox, göndör haj, sajátságos alsóvégtagi testtartás, a mélyreflexek hiánya az alsóvégtagokon, poz. Babinski, érzészavar, abnormis EEG. A tünetcsoportot Berg, Rosenberg és Asbury közzétették először az irodalomban, majd 1973-ban a második esetet Carpenter, Karpatis és Andermann, a harmadikat (jelen eset) a szerzők ismertetik. Histopathologiai szempontból sajátságos hatalmasan megnagyobbodott peripheriás neuronok jellemzik elektronmikroszkóposan további jellemzőkkel. Innen nyerte az elnevezést is: „giant axonal neuropathy”.

A szerzők betegében a peripheriás idegrendszeri laesio mellett a központi idegrendszer involválódására mutatnak az EEG elváltozások, a diffúz cerebriális dysfunctio jelei. Familiárisan a beteg mindkét nembeli rokonainál sajátságos „göndör haj” volt észlelhető, ami felveti a tünetcsoport esetleges hereditér eredetét. A pathogenesis mindmáig tisztázatlan. Nem-specifikus reakcióként különböző noxák hasonló neuronális reakciókat eredményezhetnek (különböző kémiai anyagok).

(Ref.: a ritka, érdekes tünetcsoport számos megfigyelésre ad alkalmat, hazai előfordulásával esetleg számolni lehet, ha gondolunk rá).

Kovács Miklós dr.

Sclerosis multiplex Japánban.

1084 eset klinikai analysise. Yoshigoro Kuroiwa és mtsai (Department of Neurology, Neurological Institute, Kyushu University Faculty of Medicine, Higashi-ku, Fukuoka, Japan): Neurology, 1975, 25, 845—851.

A mintegy 110 millió lakosú Japánban becslések alapján 100 000 lakosra kb. 1,6—3,9 sclerosis multiplex megbetegedés jut, ami összesen kb. 1100—4400 beteget jelent. A szerzők 1084 esetet gondos klinikai analysisisét végezték el. Ennek eredményéről számoltak be.

A legfontosabb megállapítások: Nem: a nők gyakrabban fordulnak elő, különösen a Devic-betegek között (összesen 602 nőbeteg). Életkor: a betegség megjelenésének idején: általában a 20—40. életévek között, maximummal a harmincas évek elején. A két nem között ebben a tekintetben lényeges különbség nem volt.

A családi anamnesis. Az esetek mintegy 1%-a familiáris előfordulást mutat. Előzetesen kb. 10%-ában jelentős kifáradás, 2%-ában trauma, 1%-ban sebészeti beavatkozás, terhesség, vaccinatio szerepelt az anamnesisben. Prodromális tünetek 43%-ban hiányoztak. 17%-ban fejfájás, 10%-ban láz, 7%-ban ger-hányás, 1%-ban bőrkütyések. A megjelenés formája. 15%-ban acut-felsőlegűti infectio, 6%-ban hányingor, 32%-ban subacutan. Kezdeti tünetek. Az összes esetek 43%-ában látásromlással indul a betegség, 44%-ban bilaterális, 56%-ban unilateralis. A diplopia alacsonyabb

előfordulása mint másutt. *Neurológiai tünetek* és jelek: a látásromlás és a spinalis tünetek (ataxia) kifejezett gyakorisága volt tapasztalható. A *laesio helye* a n. opticusban, spinalisan és a cerebellumban feltűnően gyakori volt. Klinikai *kórlefejtés*. 975 beteg 74%-ában remissziók és exacerbatiók mutathatók ki. Bénulások. 40%-ban súlyos (77%) corticoid-terápiában részesült, 233 esetben (21%) nem alkalmaztak kezelést, míg 12 (2%) esetmotoros (spinalis, cerebralis) tünetek elsősorban a Devic-betegek esetében.

Liquor-eltávolítások. Az esetek kisebb részében (elsősorban a Devic-betegek körében) fehérje és sejt-*Therapia*. 1084 beteg közül 839 számemelkedés. a kezelésre vonatkozó adatot nem találták.

A közleményben párhuzamos összehasonlításokat tesznek a szerzők a Kyushu University és az Izraeli és részben USA-beli adatokkal, ezeket jól áttekinthető táblázatokban közlik.

(Ref.: a közlemény azért került a szokásosnál bővebben referálásra mivel sajátos elemzésben tárgyalja a Japán területén levő geographiai stb. jellegzetességeket).

Kovács Miklós dr.

Serum linolensav sclerosis multiplexben. Wolfgram, F. és mtsai Reed Neurological Research Center, School of Medicine, University of California, Los Angeles): Neurology, 1975, 25, 786—788.

1964-ben Baker, Thompson és Zilkha közölték először, hogy sclerosis multiplexben szenvedő betegek linolensav koncentrációja (a szabad és az észterifikált) a serumban csökkent a kontroll betegekéhez viszonyítva. Ezt követően számos vizsgáló részben megerősítő eredmények birtokába jutott.

A szerzők 30 sclerosis multiplexben szenvedő beteg linolensav analízisét végezték el, melyet összehasonlítottak 33 kontroll betegével. A sclerosis multiplex diagnózisát Schumacher kritériumai alapján állították fel.

Megfigyeléseik tapasztalata szerint a linolensav koncentrációja az esetek egy részében nem szignifikáns módon csökken a serumban. Más szerzőkkel egybehangzóan bizonyos esetekben a betegség progressiójában, ill. az exacerbatiók alkalmával szintén csökkenést észleltek. Felhívják a figyelmet arra, hogy ez nem szükségszerű velejárója a betegségnek, de bizonyos esetekben jól értékesíthető a betegség korai kórismézésében hasonló finom jelek, ill. elváltozások birtokában.

Kovács Miklós dr.

Coughlan (Univ. Dept. of Obstetrics and Gynec, National Maternity Hospital, Dublin): Brit. Med. J. 1975, 4, 727.

Fél év alatt 1000 szülés történetét dolgozták fel. Csak primigravidákat vettek figyelembe. Az átlagos életkor: 24,3 év volt; 30 év feletti 116 szülő nő volt.

Az indított szülések indikációja túlhordás, praecclampsia és egyéb okok voltak. Csak nagyon ritkán indították a szülést anyai javallatra.

Összesen 95 indított szülés volt és 51 császármetszés.

Az indított szülések javallatai: hypertonia proteinúriával 28 beteg esetében, terhességi idő <42 hét 24 beteg esetében, placenta-elégtelenség 14 beteg esetében, vérzés 13 beteg esetében, magas vérnyomás 8 beteg esetében, cukorbeteg 4 beteg esetében, ikrek 2 beteg esetében, nem klasszifikálható 2 beteg esetében. Csak 1 esetben indították a szülést a 37. hét előtt.

Perinatalis halálozás: 16 magzat halt meg a terhesség alatt, 1 a szülés alatt és 10 a szülés után. A terhesség alatt elhaltak között négyben placenta-elégtelenség volt az ok, egy esetben abruptio placentae. A szülés alatt elhalt foetus halál oka hypoxia volt. Az újszülöttek halál oka 4 esetben fejlődési rendellenesség volt, míg koraszülés 4 esetben (respirációs distress). A későbbiek során 4 csecsemőn figyeltek meg agyi károsodást.

Nagyon fontos tény, hogy a 16 halott és 4 agyi sérült magzat közül egyetlen egy sem származott túlhordás, vagy praecclampsia után történt szülésből.

Végül soron azt a következtetést lehet levonni, hogy jó eredményeket lehet elérni, még aránylag kis számú jól válogatott szülésindítás esetében is.

(Ref.: A szülészeti cikket ezúttal gyermekgyógyász referálta, csak a tényekre szorítkozó tárgyalással. A Debreceni Szülészeti Klinika eredményei és saját intézetem beteganyagából indított szülésből született újszülöttek észlelése már eddig is meggyőzték a „programozott szülések” hasznosságáról. A konzervatív ir. szülések megállapításai pedig végleg meggyőzték arról, hogy az „aktív terhesgondozás” csökkenti a perinatalis halálozást és a hazánkban sajnálatos módon még mindig nagyszámban érett újszülöttnél is előforduló agyvérzést.

Van a cikknek egy ki nem mondott következtetése is: „programozott szülésnél” jelen van a legjobban képzett „szülész-neonatólogus munkacsoport”. Ez pedig tapasztalatom szerint anya és újszülött számára felbecsülhetetlen előnyt jelent.)

Korányi György dr.

Szülészeti Klinikája): Mschr. Kinderheilk. 1976, 124, 1.

A szerzők 1973 óta fenyegető koraszülés esetén 16-methylen-prednisolont adnak napi 60 mg/die adagban iv., lehetőleg 3 napig. Ha mód van rá, egy hét múlva ezt megismétlik.

Összesen 146 olyan koraszülött adatait értékelték, akik a 37. gestációs hét előtt születtek. A 32. héten vagy azon túl született újszülöttek, akiknek anyja legalább egyszer kapott steroidot a membransyndroma előfordulása (RDS) 5%- volt, míg a kontroll 33 betegből 12-nek volt membrán syndromája. Ezzel szemben a 32. hét előtt adott steroidnak semmiféle hatása nem volt. (A tévedés valószínűsége az előbbi csoportban 1%, a második csoportban 1 ezrelék alatt volt.)

Az újszülötteknek a steroidnak semmiféle káros hatása nem volt. Az adag megfelel 1 mg/kg-nak.

A steroiddal kezelt anyák újszülöttein valamennyi RDS-re jellemző klinikai és radiológiai jellegzetesség (inspiratorikus dyspnoe, expiratorikus légzési jellegzetesség (inspiratorikus dyspnoe, expiratorikus légzési jellegzetesség, emelkedett O₂-szükséglet és a tüdő reticulogranularis szerkezete) enyhébben és már az első, legfeljebb a 2. napon lezajlott.

(Ref.: A szerzők megállapításai a gestációs idő és steroid hatásossága között: jelentős új megállapítás.)

Korányi György dr.

Anyai diabetes és respirációs distress syndroma. Robert, F. M. és mtsai (Harvard Medical School, Boston): New England J. of Med. 1976, 294, 357.

A szerzők 805 diabeteses anyára 1958 és 1968 között született csecsemőjének perinatalis adatait vizsgálták respirációs distress syndroma (RDS) gyakoriságának megállapítására. Kontrollként 10 152 nem diabeteses anyára újszülöttjének adatait ismertették. A diabeteses anyák a Joslin-klinika ellenőrzése alatt állottak és az esetek nagy részében fiatalok, jól ellenőrzött, nagyrészt súlyos diabetesesek voltak.

A diabeteses anyák újszülöttjeinek RDS mortalitása 23% volt, míg a nem diabeteses anyák újszülöttjeinek RDS halálozása 35% volt. A RDS előfordulása diabetesesek gyermekein 23,4%, míg a nem diabeteseseken 1,3% volt!

A RDS nagyszámú előfordulását elősegítő tényezők: 36,5 hétnél kevesebb gestációs idő, szülés császármetszéssel, a vajúdas hiánya, 3000 g-nál kisebb súly, fiú magzat, 5 perces Apgar 8-nál kevesebb, vérzés, hydramnion, anaemia. Valamennyi tényező matematikai elemzése után a RDS rizikója 5,6-szer volt nagyobb diabeteses anyák újszülöttjeiben ($P < 0,00001$).

Nem diabeteses anyák, akiknek gyermekei vaginalis úton születtek.

Perinatalis kérdések

A szülés „válogatott” indítása. O'Driscoll, K., C. J. Carroll, M.

A membransyndroma születés előtti megelőzése glyocorticoidokkal. Loewenich, V. V. és mtsai (A frankfurti egyetem Gyermekek és

ritkábban betegedtek meg RDS-ben ($P < 0,05$).

A hüvelyi úton született diabeteses anyák újszülöttjein szintén ritkább volt a RDS előfordulása ($P < 0,02$), ha 34,5–38,4 gestációs héten születtek. Viszont nem diabeteses anyák gyermekei, akik császármetszéssel születtek, ritkábban kaptak RDS-t, mint a diabeteses anyák hasonló módon született gyermekei, ha a gestáció 36,5–38,4 volt.

Az anyai diabeteses késlelteti a magzati tüdő normális érését. A foetus megnövekedett insulin-szintje képes blokkolni a cortisol enziminductió hatását. Mivel a dipalmitin lecithin fő alkotó része a surfactant-nek, ennek csökkenését szintézise az újszülöttben surfactant-hiányt okoz, mely a RDS létrejöttében nagyon fontos tényező.

(Ref.: A szerzők között szerepel a bostoni egyetem nagy hírű kutatója, Mary Ellen Avery, kinek RDS kutatásai igen jelentősek. A cikk jelentős megállapításainak több tanulsága van a hazai szakemberek számára: 1. a diabeteses anyák számára többnyire előnyösebb a per vias saturales szülés. 2. A gestációs idő pontos ismerete diabeteses anyánál elengedhetetlen. 3. Nem a diabeteses anya gyermekét kell neonatológiai osztályra szállítani, hanem az anyát kell olyan kórházban kezelni, ahol a diabétológus belgyógyász, jól felszerelt, programozott szülésvetetésre felkészült szülészet és neonatológus együttműködése már a terhesség alatt biztosított.)

Korányi György dr.

Újszülöttkori pneumopericardium.

Yeh, T. F. és mtsai (Department of Pediatrics, Cook County Hospital, 700 South Wood, Chicago, Illinois 60612): Pediatrics, 1974, 54, 429–433.

Az újszülöttkori pneumopericardium (u. p. p.) súlyos betegség, mely azonnali felismerést és beavatkozást igényel, mert a kezeletlen esetek szív-tamponádhoz és halálhoz vezetnek. 1942 óta az angol irodalomban 13 esetről tettek említést a szerzők egy év leforgása alatt, 4 esetet észleltek. Közleményük célja ezen 17 eset tanulságainak összefoglalása.

Az u. p. p. az élet első napjaiban fordul elő inkább, de az egész újszülöttkorban írtak le eseteket. A 17 esetből háromban „spontán” keletkezett, 12-ben gépi lélegeztetéssel függött össze, egyzer fertőzés, egyszer trauma volt a kiváltó ok. Majd minden esetben resuscitáció előzte meg, 2 esetben intracardialis injekció is történt.

Az alveolusok megrepedése során levegő jut az interstitumba, onnan pedig a pericardialis üregbe. A pleura és pericardium közös fejlődési eredete ad magyarázatot arra, hogy ebben az életkorban miért fordul elő könnyebben.

Vezető tünetek: tachycardia,

tomp szívhangok és a pulzus-nyomás esése. A diagnózis felállítása a fizikális tünetek alapján nem könnyű; a már említett tünetek esetén azonban mindig gondolni kell u. p. p.-ra.

A diagnózis biztosításában a rtg elengedhetetlen. Nem szabad azonban pneumomediastinummal összetéveszteni: u. p. p. esetén a szívet levegőcsík övezi.

Enyhe, subklinikus esetek kezelését nem igényelnek. Pericardialis tamponád esetén azonnali leszívás szükséges! A mortalitás magas, 62%, ezért a korai felismerés és kezelés elengedhetetlen.

[Ref.: Resuscitatio, gépi lélegeztetés (elsősorban a pozitív végnymású formák: CPAP, PEEP) elterjedésével a közötti esetek száma megszorodott. Ilyen esetekben fokozott figyelem szükséges. A fel nem ismert u. p. p. esetek száma jóval több lehet.]

Hencz Péter dr.

Radiológia

Lymphographia gyermekkorban.

A. Bode (Universitäts-Kinderklinik Hamburg): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1975, 123, 168–174.

A lymphographiával foglalkozó nagyszámú közlemény között kevés az olyan, mely gyermekgyógyászati vonatkozásokat tárgyal. A szerző 43 gyermek 51 lymphographiás vizsgálatának tapasztalatairól számol be. A vizsgálat technikája lényegében ugyanaz, mint felnőttkorban, csupán természetesen finomabb preparálást, nagyobb kezűgyességet igényel. Mintegy 6 éves korig narkózisban kell végezni, idősebb gyermekekben megfelel enyhe sedálás és helyi érzéstelenítés. Technikai okok miatt 3 esetben nem sikerült a vizsgálat, ezeket az eseteket nem számították az 51 közé. 7 esetben csak az egyik oldalról sikerült a töltést elvégezni. A kórképek szerinti megoszlás a következő volt: lymphogranulomatosis 21, lymphoreticulosarcoma 7, benignus reticulosis 1, neuroblastoma 1, Wilms-tumor 1, lágyszövet-sarcoma 3, csontsarcoma 4, heretumor 6, melanoma malignum 1, lymphoedema 5, lymphangioma 1. 7 lymphoma esetben mutattak ki elváltozásokat a retroperitonealis nyirokcsomókban, 6 esetben a lymphographia lelete alapján megváltozott az eredeti stádium-beosztás. A 16 malignus tumor eset közül 5-ben találtak nyirokcsomó-metastasisokat. Mind-egyik lymphoedema, ill. lymphangioma eset lymphogramma pathológiás volt. Külön ismertet a szerző 2 lymphogranulomatosis, 1 lymphoblast-sarcoma, 1 genitális fibrosarcoma, 1 synovialis sarcoma és 1 lymphoedema esetet. Súlyos szövődés nem fordult elő. Javallt a vizsgálat elvégzése gyermekkorban lymphomák esetén, malignus tumo-

rok áttéteinek keresésére, nyirokrendszeri rendellenességek tisztázására.

Laczay András dr.

Lágyéksérvek hatása hólyagra és ureterekre. R. R. Goldin, R. A. Rosen (Bronx Municipal Hospital Center, and Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University, Bronx, N. Y.): Radiology 1975, 115, 55–57.

A hólyag képe a kiválasztásos urographia felvételein nemcsak akkor lehet rendellenes, ha maga a hólyag is bekerül a sérvtömlőbe. Az inguinális sérvtömlőbe került sigma vagy egyéb bélrész nyomása is deformálhatja a hólyagot. Ezzel leginkább akkor számolhatunk, ha a baloldali lágyéksérvből húzódo sigma okoz rajta lateralisan benyomást. Ugyanekkor az azonos oldali ureter lateral felé nyomott lehet, terminális szakasza kénytelen megkerülni az interponált bélszakaszt. Még furcsább kép alakulhat ki, ha az ellenoldali sérvtömlőbe húzott sigma okozza a deformitást. Ilyenkor az ureter medial felé helyezett, terminális szakasza akár kereszttezhető a középvonalat, és úgy kanyarodik vissza a hólyagba szájadzás helyébe.

Intrinsic elváltozástól a kép általában elkülöníthető a benyomott hólyag éles, egyenes kontúrjainak alapján. Ha azonban a hólyag trabeculált, nehéz a döntés. Cystographia vagy kétely esetén cystoscopia természetesen tisztázzák a helyzetet.

Laczay András dr.

Atypikus röntgenképek pneumocystis carinii pneumoniában. J. L. Doppman, G. W. Geelhoed, V. T. De Vita (National Institutes of Health, Bethesda, Md.): Radiology 1975, 114, 39–44.

A pneumocystis carinii pneumonia jellegzetesen heveny gyulladással járó tüdőbetegség. Kis alveolaris infiltrátumokból napok alatt kiterjedt consolidáció alakul ki, súlyos esetekben 1–2 héten belül halálos kimenetellel. Gyors és megfelelő kezelés napok alatt klinikai javulást eredményez. A tüdőelváltozások is hetek alatt visszafejlődnek, ritkán maradhat vissza interstitialis fibrosis. A röntgenkép jellegzetes elváltozása diffúz, kétoldali infiltrátum, mely kezdetben reticulogranularis, de gyorsan alveolaris jellegűvé válik. Nem igaz tehát, hogy a kórkép „interstitialis pneumonia”, mint klasszikus neve jelöli.

Az immunosuppressio bevezetése óta egyre gyakrabban fordul elő a kórkép felnőttkorban. A szerzők 30 esetük alapján arra a kérdésre keresnek választ, hogy a röntgenkép alapján biztonsággal kimondható-e a kórisme, megkezdhető-e a specifikus kezelés, vannak-e olyan röntgenjelek, melyek alapján a pneumocystis carinii pneumonia biztonsággal kizárható. 14 esetben tüdőbiopsia, 16 esetben sectio igazolta a

kórismét. Csak 13 esetben láttak annyira jellegzetes röntgenképet, hogy biopsia nélkül indokoltan tarthatták a pentamidin kezelést. A többi esetben különböző mértékben atypusos elváltozások voltak; asymmetrikus eloszlás, lobaris consolidatio, atelectasia, pseudonodularis infiltratio, pleuralis folyadék, cavitatio tették kérdésessé a diagnózist. Ilyen esetekben szükséges lehet biopsia elvégzése. Az általában amúgyis rossz állapotban levő betegek számára ennek módja egyáltalán nem közömbös. A szerzők a bronchusok kefe-biposziójában látják az optimális megoldás lehetőségét. Saját anyagukban nagyjából lymphoreticularis malignus folyamat miatt immunsuppressióban részesült betegek szerepeltek, kisebb részben elsődleges immundeficiens esetek. Valamennyien kombinált chemoterapiás, corticosteroid, széles spektrumú antibiotikus kezelésben részesültek tüdőelváltozásai kialakulása előtt.

Lacza András dr.

A léparterriák katéter-embolisációjára. E. Bücheler és mtsai (Radiologische Klinik der Universität Bonn): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1975, 122, 224—229.

A gyomorfundus vagy a nyelőcső varixából portalis hypertensióban meginduló heveny vérzés mortalitása kb. 50%, megszüntetése életmentő feladat. Tartós eredményt elsősorban a tehermentesítő shuntműtét ígér, de heveny vérzés esetében ennek is 40% mortalitása van. A konzervatív eljárások, mint a szonda-kezelés és az endoscopos sclerotizálás csak átmeneti vérzéscsillapítást eredményezhet, és nem mindig veszélytelen. Ezért az egyéb visceralis vérzéseknél alkalmazott pharmacoangiographiát és ehhez csatlakozó vasoconstrictor infúziót kíséreltek meg a varix-vérzés csillapítására is, de ez nem járt kielégítő eredménnyel. A szerzők ezért két betegüknek végső lehetőségként selectic arteria lialis angiographia során fibrospum-mal embolizálták a léparterriáját. Ismertetik a körlefolysítást, bemutatják a beavatkozás előtt és után készített angiographiás felvételeket. Egyik betegük a vérzés megállása ellenére két nappal utóbb májkómában meghalt, a másiknak a vérzés megszűntét követően állapota rendeződött, és sikerült porta-cava anastomosist készíteni.

A beavatkozást akkor tartják indokoltnak, ha a rossz májfunkciók vagy általános állapot miatt shuntműtét nem jöhet szóba, ha a szonda-kezelés eredménytelen, ha endoscopos sclerotizálás nem végezhető. A léparteria embolisációjával elérhető vérzéscsillapítás csak ideiglenes, mert recanalizatio és collateralisatio útján a vérzés recidiválhat. Ez az idő azonban elég lehet ahhoz,

hogy a beteg állapotát rendezzék és definitív megoldásként shuntműtét végezzenek. A korábban katéter-embolisációra ajánlott autolog véralvadéknál előnyösebbnek tartják a fibrospum-készítményt, mert az amúgyis rossz alvadási viszonyok mellett tartósabb arteriaelzáródást biztosít, kevésbé gyors a recanalizatio. Helyes technikával az eljárás a betegnek nem jelent komoly megterhelést. Arra gondolni kell, hogy a kialakuló lépinfarctus esetleg splenectomiát is szükségessé tehet, de kisebb lépinfarctusok nem okoznak problémát.

Lacza András dr.

Nyákcsonló, a nagy légutak fantom-tumora. D. Westra (Röntgeninstitut der Universiteit Amsterdam): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1975, 122, 428—434.

A sűrű, tapadós nyák a hörgőfalban a lumen átmeneti szűkületét okozhatja, és bronchographia felvételein diagnosztikai tévedéseket okozhat. Ez főként akkor fordulhat elő, ha a beteg valamiért nem tud rendesen köhögni. Kevésbé ismert, hogy a rétegfelvételeken is okozhat hasonló problémát a nagy hörgőkben és a légcsőben tapadó nyákcsonló. A szerző intézetében 10 év alatt 10 esetben láttak ilyen elváltozást a több irányú elmosással készített rétegfelvételeken. Röviden összefoglalják a betegek fontosabb kórtörténeti adatait, és bemutatják jellegzetes röntgenképeiket. A betegek általában idős, súlyos állapotban levő emberek voltak, ami valószínűsíti az elégtelen öntisztulást, a köhögési képtelenség szerepét. A summatis mellkásfelvételen az elváltozás általában nem látható. Rétegfelvételen az érintett nagy hörgő vagy a trachea falán 0,5—2 cm átmérőjű, többé-kevésbé félgömb alakú lágyrészképletnek megfelelő árnyék látszik a lumen szűkületével. A kép nagyon hasonlít intraluminális tumorhoz. A szerzők eleinte tumorra is vélték, és csak a későbbi utánvizsgálatok ellentmondó eredménye készítette őket revidióra. Később a tévedési lehetőségre már gondoltak, és ilyen esetben a rétegfelvételt a beteg köhögése után azonnal megismételték. Ha az árnyék eltűnt, nyákcsonló volt, ha maradt, fenntartották az intraluminális tumor gyanúját.

Lacza András dr.

Az elzáródott három páratlan hasi zsigeri arteria collateralis vérellátása. G. Rosenbusch, V. Schoolmeesters, S. H. Skotnicki (Universiteit Nijmegen, Hollandia): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1975, 123, 49—52.

Ha a három páratlan hasi zsigeri arteria — az a. coeliaca, a. mesenterica superior és inferior — valamelyike elzáródik, a köztük kiala-

kuló interarterialis collateralisok ezt teljes mértékben ellensúlyozni képesek. Ha két arteria záródik el, akkor is kialakulhat kielégítő collateralisatio, különösen ha az elzáródás lassan következik be. Ilyenkor egyéb irányból is kap az érintett zsigeri keringés vért. Kevés azonban erre a kilitás, ha mindhárom arteria elzáródik. Eddig az irodalom egy ilyen esetről tud, melyben a betegnek különösebb panaszt állapota nem okozott.

A szerzők egy 52 éves férfibetegről számolnak be, akinek claudicatio intermittens miatt végzett angiographiája derítette fel súlyos érrendszeri elváltozásait. A hasi aorta alsó szakaszának szűkülete mellett mindhárom páratlan zsigeri arteriatörzs el volt záródva. Az a. coeliaca rendszere felé collateralisok haladtak a mellékvese- és intercostalis arteriákból az a. phrenica inferioron keresztül. Az a. mesenterica inferior és superior ellátását az a. iliaca interna és a lumbalis arteriák ágai biztosították. Egyes lumbalis ágak is elzáródtak, ezeket interlumbalis összeköttetések hidalták át. A beteg csak rákérdezésre közölte, hogy a megelőző évek során főként kiadósabb étkezések után hasi panaszai voltak. A collateralisatio viszonyait angiographiás felvételekkel és sémás ábrával mutatják be, és részletesen elemzik a páratlan hasi zsigeri arteriák collateralis lehetőségeit.

Lacza András dr.

A nyaki gerinccsatorna alkati szűkülete. G. Ritter, K. Rittmeyer, H. Ch. Hopf (Neurologische Klinik und Poliklinik der Universität Göttingen): Deutsche Medizinische Wochenschrift 1975, 100, 358—361.

Az oldalirányú röntgenfelvételen mért adatokból a nyaki gerinccsatorna sagittális átmérőjének a csigolyatestek szélességéhez való viszonya könnyen meghatározható. Normálisan ez az arány nagyobb mint 1. Ha a csontos gerinccsatorna sagittális átmérője ennél kisebb, komoly panaszok oka lehet. A szerzők 31 olyan betegről számolnak be, akikben a gerinccsatorna/csigolyatestátmérő aránya kisebb volt mint 1. Valamennyinek cervicalis myelopathiája alakult ki. A panaszok inkább idős korban jelentkeznek, túlnyomóan az 55—65 életév között. Férfiak között a kép gyakoribb, a férfi-nő arány anyagukban 6:1. Betegeik kétharmada nehéz fizikai munkát végzett, ez biztosan hozzájárul a panaszok kialakulásához. 15 körlelőzményben szerepelt korábbi trauma. A szubjektív panaszok között leggyakoribb a nyaki gerincfájdalom, a kar és az alsó végtagfájdalom, végül gyöki jellegű fájdalmak a C 5/6 magasságban. Ezt paraesthesiák, érzékszavarok, majd motoros izgalmi jelenségek és kiesések követik. Tónusos reflexek és pyramisidelek alakulhatnak ki. Társulhatnak ezekhez vascularis

eredetű zavarok, mint szédülés, ataxia, kettősképek, syncope, amaurosis fugax, valamint egyéb vegetatív tünetek, mint pl. vizezési és székelési zavarok. A tünetek kialakulásában kétségtelenül szerepet játszanak az életkorral fellépő degeneratív elváltozások, melyek közül a spondylosis felrakódások a csontos gerinccsatorna szűkületét fokozzák, az érrendszeri folyamatok pedig a vascularis tényezőket súlyosbítják.

Cervicalis myelopathia klinikai tünetei esetén erre a kóroki lehetőségre ritkán gondolnak, a gerinccsatorna szűkületét mint diagnózis csak elvétve kerül be az epikrízisbe. Gyakori az előforduló remisziók miatt a sclerosis multiplex feltételezett kórisméje. A kép felismerésének prognosztikus jelentősége is van, mert a quo ad vitam et sanationem prognosissal egyaránt rossz, még műtéti beavatkozás után is. Sebészeti beavatkozás előtt myelographiával tisztázandók a viszonyok.

Laczay András dr.

A selectiv bronchialis arteriographia és a pulmonalis arterioscintigraphia diagnosztikai lehetőségei. I. Ch. Rabkin, A. L. Matevosov (Klinikai és kísérleti sebészeti tudományos össz-szövetségi kutatóintézet Röntgen osztálya, Moszkva): Radiologia Diagnostica 1975, 16, 203—213.

A bronchialis arteriographia gyakorlati értéke még nem tekinthető tisztázottnak. Ehhez a kérdéshez nyújt támpontokat ez a dolgozat, melyben a szerzők különböző kórfolyamatok tisztázására végzett 154 selectiv bronchialis arteriographia tapasztalatairól számolnak be. Hörgőrák-esetekben kimutatható az arteriák egyenetlen szűkülete, amputációja, szabálytalan elágazások, kontraszt-tócsák, a tumor vagy részeinek fokozott kontrasztfelvétele. A benignus tumorok csak dislocálják az ereket. Heveny és idült gyulladásokban az erek tágulata, hypervascularisatio mellett csaknem mindig lehet találni interarterialis bronchopulmonalis anastomosisokat a pulmonalis arteriák retrograd telődésével. A szerzők foglalkoznak az interarterialis bronchopulmonalis shuntok kialakulásának okaival, és megállapítják, hogy ilyenek malignus tumorok esetén általában nem mutathatók ki.

Különösen érdekesnek és gyakorlati fontosságúnak tartják a bronchialis arteriographia elvégzését haemoptoe esetén, ha annak oka az egyéb röntgenvizsgálatokkal nem deríthető ki. 33 ilyen esetükben kontrasztanyag-extravasatiót, a bronchialis arteriák rugósodását, hypervascularisatiót perivascularis kontrasztanyag diffúzióval, microaneurysmákat, bronchopulmonalis anastomosisokat találtak. 3 esetben bronchialis arteriographiával sem tudták megtalálni a haemoptoe okát.

Ha tüdőrák gyanúja fennáll, és cytologiailag nem bizonyítható, minden esetben elvégzik a selectiv bronchialis arterio-scintigraphiát. A beadott MAA-131 J gyorsan felhalmozódik a malignus tumorokban, és magas kezdeti aktivitása 4—8 napon át kimutatható, lassan csökken. A tumor utánzó benignus, pl. gyulladásos elváltozásokban a kezdeti aktivitás alacsonyabb, szintje gyorsan csökken, 1—2 nap alatt eltűnik. Ezért az arterioscintigraphiának a tüdőtumorok radiológiai elkülönítő kórisméjében komoly szerepe van.

Laczay András dr.

Reno-coeliacalis steal-phenomen: az aa. phrenicae inferiores et suparenales mint a truncus coeliacus collateralisai. G. Rosenberg és mtsai (Radiologische Klinik der Universität Nijmegen, Hollandia): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1975, 122, 218—224.

A páratlan hasi visceralis arteriák szűkületét vagy elzáródását elsősorban az ismert nagy interarterialis összeköttetések kompenzálják. Ha ez anatómiai vagy haemodinamikai okok miatt elégtelen, kevésbé ismert collateralisok is bekapcsolódhatnak, így a parietalis páros arteriák. Egyebek mellett a truncus coeliacus potentialis collateralisai az alsó rekeszarteriák és a mellékvesearteriák.

A szerzők 31 éves nőbeteg hypertonia, romlott veseműködés és hasi érzőrejt miatt végzett angiographiája során a coeliaca törzs elzáródását észlelték. A késői collateralis coeliaca-telődéshez a pancreas-árkádokon kívül hozzájárultak a jobb mellékvese arteriái, melyeket a jobb felső vesearteriából eredő vastag ág táplált.

55 éves nőbetegük évekkal Billroth II. gyomorresecció után hasi panaszokkal került vizsgálatra. Hasi érzőrejt észlelték. Angiographia az a. coeliaca és mesenterica sup. elzáródását és az a. mesenterica inferior szűkületét mutatta. A coeliaca-rendszer késői collateralis telődését ebben az esetben is vastag mellékvesearteria okozta biztosította. Mindkét esetben tágult erek haladtak az a. phrenica inferiorból is a coeliaca ágaihoz. A viszonyokat a két beteg aortographia és selectiv arteriographia során készített felvételei és anatómiai vázlat szemlétetik.

Ennek a collateralisatióknak különös jelentőséget ad, hogy a coeliaca-rendszer a vért részben a jobb vese keringéséből vonja el, és ez a reno-coeliacalis steal renalis hypertoniát tarthat fenn. Első esetükkel kapcsolatban a szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy fiatal nők mesenterialis érelzáródásában szerepe lehet a rendszeresen szedett ovulatiogátló szereknek is.

Laczay András dr.

A máj focalis-nodularis hyperplasiájának angiographiás lelete. S. Zurbriggen, U. Tylén (Universitätsklinik Lund): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1975, 122, 404—409.

A focalis nodularis májhyperplasia normális májszövettel körülvett regenerációs képződmény, mely szövettanilag egyéb benignus tumoroktól jól elkülöníthető. Nagyobb kiterjedésű ilyen regeneratumok malignusan el is fajulhatnak, ezért ilyen esetekben indokolt a terimét ékkimetszéssel eltávolítani. Ha az elváltozás kis terjedelmű, műtét nem szükséges, csak időnkénti ellenőrzés, amire kiválóan alkalmas az angiographia. Az angiographiás kép jellegzetes. A gazdag érellátású képletet vastag arteriák veszik körül, melyek bőséges érhalózzal látják el. A parenchyma fázisban intenzíven, egyenetlen kontrasztal ábrázolódik. Az erek szabályosak, kaliberegységtelenség, éramputatio nem látható. Az elvezető vénák természetesen szintén tágak, de korai vénás telődés vagy arteriovenosus shunt nincs. Kolloid-májscintigrammon a terimének megfelelően a tárolás normális vagy csökkent lehet, mivel a RES elemek megtartottak a regeneratum területén. Elkülönítő kórisme szempontjából szöbajón a májadenoma, haemangioma, hepatoma és a májbelt metastasisok. A szerzők 8 év alatt 4 esetet kórisméztek angiographiával. 3 beteg műtétre került, 1 esetben a műtétet az angiographiás lelet alapján nem tartották indokoltnak. Ennek helyességét a későbbi ellenőrző vizsgálat igazolta.

Laczay András dr.

Röntgenleletek részleges hasnyálmirigy-resectio után. W. Moldenhauer és mtsai (Bereich Medizin der Universität Rostock): Radiologia Diagnostica 1975, 16, 325—331.

A rostocki sebészeti klinikán 4 év alatt végzett részleges hasnyálmirigy-resectiók utáni gyomor-bélpassage vizsgálatok eredményének elemzését végezték el a szerzők. A műtét javallata 28 esetben idült pancreatitis, 28 esetben tumor, 2 esetben cysta, 1—1 esetben trauma és necrosis volt. A tumorok között 9 carcinoma, 9 insulinoma, 5 Zollinger-Ellison-syndroma, 4 Werner-Morrison-syndroma és egy adenoma fordult elő. 8 beteg meghalt a műtét után. Az elvégzett műtétek típusai az alábbiak voltak: a pancreas farki részének resectiója, ugyanez pancreas-jejunum anastomosisal Du Val szerint, végül a pancreasfej resectiója Whipple-műtéttel.

Pancreasfej-resectio után általában kitelődtek gyomorbél passage során az epeutak. Két esetben láttak postoperatív tályogot, egy esetben a pancreas-terület fél évvel műtét után is kiszélesedett volt. A farki rész resectiója után az esetek

nagyobb részében térfoglaló folyamatra utaló pelotta-tünetet láttak, amit seromával magyaráznak. Néhány esetben ez klinikai javulás ellenére éveken át megmaradt. Egyes esetekben műtét után perigastralis összenövés, cascade alakult ki, egy ízben varicositas a funduson, nyilván lépvéna-rögösödés következtében. Egy betegben mutattak ki jejuno-pancreatostomia után sipolyt. A továbbiakban hasonló beteganyag endoscopos pancreatographiájával kívánunk foglalkozni a postoperatív elváltozások tanulmányozása céljából.

Laczay András dr.

Idült Gaucher-kór: röntgenleletek 17 dél-afrikai esetben. H. S. Myers és mtsai (Grootte Schuur Hospital and University of Cape Town (The British Journal of Radiology 1975, 48, 465—469).

Gaucher-kórban a béta-glucosidase genetikusan determinált hiánya következtében glucolipidek halmozódnak fel a reticuloendothelialis sejtekben. A betegség csecsemőkori formáját súlyos neurológiai és pulmonalis manifestációk jellemzik, általában még az első életévben halállal végződik. A juvenilis forma fő tünete a progressív dementia, főként skandináv gyermekekben fordul elő. Az idült forma későbbi életkorokban különböző súlyossággal, különféle szervi megnyilvánulásokkal jelentkezhet. Leggyakoribb a splenomegalia, purpura, csont-izületi elváltozások. Az idült forma leggyakoribb a bibliai idők Ashkenazi-törzsből leszármazott zsidók között. E népcsoportban előfordulása 1:2500-ra tehető, a génhordozók száma pedig 1:30-ra Dél-afrikában e népcsoport tagjai nagyszámúban élnek. Gaucher-kór szempontjából feldolgozások folyamatban van.

A szerzők 17 idült Gaucher-kóros beteg röntgenleleteit ismertetik. A legfiatalabb 4, a legidősebb 59 éves. Az észlelt elváltozások osteolysis, osteoporosis, a velőűr tágulata, a csőves csontok sclerosisa, a csigolyatestek és a terhelt epiphysisek összeroppanása, ízületi csontdestrució, arthrosis, a csőves csontok és a gerinc másodlagos deformitásai, ositis, pathológiás fractura. Mindezek az elváltozások természetesen nem kórjelzők, de jelzik a folyamat kiterjedését, meghatározzák a kezelést — pl. orthopaediai beavatkozás irányát. A Gaucher-kór kórisméjét kimondani szövettani vizsgálat, újabban pedig a béta-glucosidase hiány laboratóriumi kimutatása hivatott.

Laczay András dr.

A nyaki aortaív. V. M. Haughton, K. E. Fellows, A. E. Rosenbaum (Medical College of Wisconsin, Milwaukee General Hospital): Radiology 1975, 114, 675—681.

A nyaki aortaív ritka rendellenesség. Eddig 21 esetet közöltek. A

szerzők aorto- és angiocardigraphiás anyagában 4 eset fordult elő. Irodalmi és saját anyaguk 25 esetét elemezték, és a nyaki aortaív 5 típusát különítették el.

1. Ellenoldali aorta descendens és az egyik a. carotis communis hiánya. Jobb oldali aorta descendens mellett a jobb carotis törzse hiányzik, a carotis externa és interna külön ágként ered a magasan elhelyeződő aortaívből.

2. Ellenoldali aorta descendens megtartott a. carotis communis törzsekkel.

3. Ellenoldali aorta descendens truncus bicaroticusszal. Az aortaívből közös törzs ered, ebből ágazik szét a két carotis communis

4. Azonos oldalon elhelyezkedő aorta descendens normális brachiocephalicus elágazással.

5. Az aortaív és az aorta descendens egyaránt jobb oldalon helyezkedik el. A brachiocephalicus törzsek elágazása a helyzetváltozástól eltekintve normális.

A szerzők táblázatban foglalják össze az irodalomban közölt esetek adatait. Az egyes típusokat angiographiás felvételekkel mutatják be, és sematikus rajzokkal magyarázzák. Röviden kitérnek a rendellenesség kialakulásának fejlődéstani magyarázatára is.

Laczay András dr.

Röntgenleletek Vater-papilla-műtétek után. W. Moldenhauer és mtsai (Bereich Medizin der Universität Rostock): Radiologia Diagnostica 1975, 16, 333—338.

A papilla Vateri sphincterotomiájának javallata nőkben elsősorban a choledochus rövid szakra terjedő szűkülete, férfiakban az idült pancreatitis volt a szerzők anyagában. 147 műtött betegük közül eddig 68-nak célzott radiológiai utánvizsgálatát végezték el. A cholangiographia alkalmas a heges-recidív szűkületek kimutatására, a kontrasztanyag duodenumvizsgálatát pedig az insufficiencia következményeit mutatja meg. Az endoscopos cholangio-pancreaticographia lehetővé teszi a járatok retrograd feltöltését kívül a papilla megtekintését is.

Nemspecifikus postoperatív röntgenelváltozások: a duodenum deformitása, nivóbulbus, motilitási rendellenességek. Specifikus postoperatív röntgenelváltozások: meg-nagyobbodott papilla okozta kiesés, gáz az epeutakban, kontrasztreflux a pancreas- és epevezetékekbe, duodenumotomia okozta behúzódnás a le-szálló duodenum laterális kontúrján. A reflux a sphincter Oddi elégtelenségét jelzi, kimutatható mintegy az esetek felében. Érdekes módon ezeknek a betegnek nincs több panaszuk, mint a reflux nélkülieknek. A röntgenlelet a műtét utáni években csak kivételesen változik. Így a reflux mellett kimutatható fokozódó epeút-deformitás progrediáló cholangitis jeleként értékelhető. Az endoscopos cholangio-

pancreaticographiát nemrégiben kezdtek alkalmazni, eddig 36 esetben végezték eredménnyel. Ezekben az esetekben a pancreas- és epevezetékek szabályosan rajzolód-tak ki, összhangban a klinikailag is kielégítő műtői eredménnyel.

Laczay András dr.

Angiographiás vizsgálatok a végtagok vénás keringésének streptokinase-kezeléssel történt helyreállítása után. J. Waigand és mtsai (Städtisches Krankenhaus im Friedrichshain, Berlin): Radiologia Diagnostica 1975, 16, 401—408.

A szerzők 66 esetben végeztek alsó vagy felső végtag phlebographiát heveny thrombosis klinikai gyanúja miatt. A vizsgálat 15 esetben (23%) normális venarendszert mutatott, vagyis a klinikai kórisme álpozitív volt. 32 esetben végezték el a phlebographiát thrombolytikus streptokinase kezelés előtt, után, és részben közben. Ezek között 20 alsó végtagi és 12 vállövi venarögösödés fordult elő. A kontroll vizsgálatokat általában a lysis-therapia befejezése után 5—10 nappal végezték. Röviden ismertetik phlebographiás módszerüket.

16 esetben az ellenőrző phlebographia teljesen szabályos venarendszert mutatott, a korábban elzáródott területek szabadok voltak. 7 esetben a recanalizatio csak részleges volt. További 9 esetben a streptokinase-kezelés eredménytelen volt, a phlebographia az érintett érterületek tartós elzáródását mutatta. A jó eredményű esetekben a thrombosis fennállásának időtartama átlag 4,7 nap, a részleges eredményű csoportban 19, az eredménytelenek között 20 nap volt. Ez azt mutatja, hogy a gyógyeredmény szempontjából döntő fontosságú a thrombolytikus kezelés mielőbbi megkezdése. Ezért klinikai gyanú esetén késlekedés nélkül phlebographiát kell végezni a kórkép tisztázására. A kezelés eredményét a rögösödés kiterjedése nem befolyásolja, döntő tényező a minél korábbi aktív beavatkozás.

Laczay András dr.

Epeút-kövek extractiójának technikája. Tapasztalatok 126 esetben. H. J. Burhenne (Children's Hospital and Adult Med. Ctr., San Francisco, Calif.): Radiology, 1974, 113, 567—572.

Az epeutakban műtét nélkül visszamaradt epekövek reoperatio nélküli eltávolításának módszere a Dormia eszköz és kormányozható katheretek elterjedése óta gyakorlati jelentőségű. A szerző saját anyagát is beszámítva az USA-ban mintegy 300, ilyen technikával eredményesen kezelt esetről számoltak be.

A szerző intézetében 1971 óta 126 betegen végeztek nonoperatív köeltávolítási kísérletet, ebből 121

betegből minden visszamaradt követ sikerrel eltávolítottak. 5 beteg az extractió kísérlet nem járt eredménnyel, ezeket a betegeket reoperálták.

Megfelelő technikai felkészültség és kellő gyakorlat birtokában a nonoperatív köeltávolítás biztonságos: a 82. beteg után már a szerző minden kísérlete eredményes volt. A közlemény a szerző jelenlegi módszerét ismerteti és tapasztalatait elemzi.

Minden epeút-exploratio után ajánlatos T csövet bevezetni a közös epevezetékbe, még akkor is, ha az intraoperatív cholangiographia negatív. No. 14., vagy ennél vékonyabb T cső sebészi alkalmazása a postoperatív eszközös beavatkozást megnehezíti, vagy lehetetlenné teszi. A műtét utáni 7.—10. napon retrograd cholangiographiát végeznek a T csővön át, az epeutakról tv. ellenőrzés mellett, optimális beállítás után sportfilmfelvételeket készítenek. Stereo-sportfilm technika a kövek pontos lokalizációját megkönnyíti.

Ha a visszamaradt kő a T csőtől distalisán helyezkedik el, a T csövet lezárják. 4 mm-nél kisebb kövek a nyomásfokozódás következtében átjuthatnak a Vater papillán. A műtétnél visszamaradt kövek eltávolítását 5 héttel a műtét után végzik. Ez alatt az idő alatt a T drain körül fibrosus fal alakul ki. A nonoperatív kőextractio ambuláns, előkészítés nélkül történik. Ektávolítják a T csövet, majd a T cső körül kialakult sipolyon át kormányozható katheretert (Medi-Tech. Inc. 372 Main Watertown, Mass. 02172) vezetnek a d. choleodochusba. Vezetődrótot csak különleges esetekben alkalmaznak. Ha szükséges, a sipoly hajlatairól kontrasztanyaggal tájékozódnak. Amikor az irányítható katheret hegye eljutott a kő közelébe, Dormia katheretert vezetnek el a kő mellett, majd a Dormia eszközt kórsarának nyitása után a követ extrahálják. Nagy kövek fragmentálódhatnak, ilyenkor többszöri katheret-bevezetésre van szükség.

Impactált kövek eltávolításakor műfogásokat kell alkalmazni. Megfelelő esetben Fogarty ballonnal próbálják a követ visszahúzni. Beavatkozások alkalmával komolyabb szövödményt nem észleltek (két esetben spontán záródó álút keletkezett további komplikáció nélkül, két betegen az ampullaris choleodochus-szakasz kathereterezésekor vagus reflex-shock lépett fel).

A köeltávolítás nem mindig sikerül már az első kísérletre. A sipolyba ilyenkor katheretert helyeznek és napok-hetek múlva ismételt extractió kísérletet végeznek. Betegeik kb. egy harmadán ismételt beavatkozással tudták az epeút-köveket eltávolítani.

A beavatkozási idő egy-egy kísérletnél 15—90 perc, ebből 2—20 perc röntgenvizsgálat. A beteg és személyzet sugárvédelme érdeké-

ben nagy feloldóképességű képerősítő-televíziós berendezésre van szükség. (Sajnos, a beteget és személyzetet érő sugárterhelés adatait a szerző nem közli — Ref.)

Kelemen János dr.

Intenzív betegellátás

Pozitív end — expiratorikus nyomás jelentősége a betegek kontrollált lélegeztetéséről való lesozoktatásában. Feeley, T. W. és mtsai (Departments of Anesthesia and Surgery of the Harvard Medical School and the Beth Israel Hospital, Boston Massachusetts 02115, USA.): The Lancet, 1975, 2, No. 7938, 725—729.

A hosszú ideig gépi lélegeztetéssel kezelt betegeken a spontán légzésre való visszatéréskor az alveoloarterialis oxygen tensio gradiens emelkedése következik be. Ez néha hypoxaemiát eredményez.

A szerzők 25 betegükön — akik 19—216 órán át acut respirációs elégtelenség miatt gépi lélegeztetésben részesültek — a kontrollált légzésről spontán légzésre való átállítás során vérgázanalízist és légzésfunkciós vizsgálatot végeztek. A beteganyagot randomizálva 7 esetben az átállítás során 5 viz cm pozitív end-expiratorikus nyomást létesítettek. Úgy tapasztalták, hogy ezen betegeken a többi esetben észlelt átlag 102 ± 35 Hgmm alveoloarterialis oxygen tensio gradiens növekedés helyett csak 10 ± 22 Hgmm emelkedés következett be. Vizsgálataik alapján úgy vélik, hogy a pozitív end-expiratorikus nyomás segítségével elkerülhető a hirtelen alveolaris collapsus és megelőzhető a hypoxaemia kialakulása.

Bene Juliánna dr.

Váratlan halálozás a kórházban a coronaria-örzöböl való áthelyezés után. Graboy, Th. B. Peter Bent Brigham Hospital and Cardiovasc. Res. Laboratories, Boston): Arch. Intern Med. 1975, 135, 512—514.

Acut myocardialis infarctus (AMI) után a CCU (coronary care unit)-ból áthelyezett és a kórházban „váratlanul” meghalt betegeket retrospektíve vizsgálta a szerző. 4 év alatt 759 AMI-ből 144 (18,9%) halt meg a kórházban, közülük 96 (66%) a CCU-ban és 48 (34%) innen áthelyezve a kórházban. Az utóbbi 44 közül 9 (18,7%) esetben állott fenn a „váratlan halál” kritériuma, amely a következő: 1. AMI után vese, közp. idegrendszeri vagy gastrointestinalis betegségek szövődése hiánya. 2. Pulmonalis embolia hiánya (sectioval igazolva). 3. Előzőleg tartósan stabil cardialis állapot. 4. A váratlan halál hirtelen lépett fel.

A 9 váratlan halál esetnek a CCU-ban rögzített cardialis státusát hasonlította 300 AMI-ből álló kontroll csoporttal. Megállapította, hogy a váratlan halálú csoportban kám-

ra-fibrillatio (33%), bradyarrhythmia (44%), extrem sinus bradycardia, junctionalis rhythmus, A-V blockok, tartós sinus tachycardiával járó szívelégtelenség (77%), acut pitvarlebegés és/vagy fibrillatio (55%), szignifikánsan gyakoribbak, mint a kontroll csoportban (1%), 16,6%, 35%, 18%). Az elektromos instabilitást jelző kamrai ES-ek (88%) és kamrai tachycardiák (44%) is gyakoribbak (80%, 27%), de nem szignifikánsan. A mellősfali infarctus aránya 55, ill. 17%.

Ezeket az eltéréseket AMI-ban a váratlan halál szempontjából „high risk” faktoroknak tartja és kimutatta, hogy közülük a váratlan halál csoportban 78%-nak 3 vagy több ilyen faktora volt, a túlélőkön viszont csak 3%-nak. A CCU-ban 8,2, illetve 6,3 napig voltak a betegek. A váratlan halál a 7—14. napon 9-ből 5, a további 14—18 napon 4 esetben következett be.

Azt javasolja a szerző, hogy a felsorolt rizikó-faktorokat osztályozni kell a CCU elhagyásakor, és azokat a betegeket, akiken e faktorok summalódtak, további 6—8 hétig „intermediate coronary care”-ban vagy „telemetry unit”-ban kellene kezelni. A többletköltség megtérülne azokon a betegeken, akiket e faktorok hiányában 10—14 nap után hazaküldene.

Széplaki Sándor dr.

Acut folsav-hiány aminosav-ethanolal iv. táplált sebészi betegeken. Wardrop, C. A. J. és mtsai (Welsh Nat. School of Med., Univ. Hosp. of Wales, Heath Park, Cardiff): Lancet, 1975, 2, 640—642.

Hasműtétet követően négy betegen észleltek acut folsavhiányt, pancytopeniával, ill. thrombopeniával, valamint megaloblastosissal. Az eltérések 3—9 nap alatt reagáltak folsavkezelésre. Három beteg a vérképváltozást megelőzően aminosav-alkohol-keverékből álló iv. táplálásban részesült. Ezen észlelést követően 25 gastrointestinalis betegségeben szenvedőt vizsgáltak meg és úgy találták, hogy iv. táplálás kapcsán szabályszerűen csökkent a serum folsavszintje ($1,6 \mu\text{g}/1000 \text{ ml}$ alatt: normál: 2,1—17) és megaloblastos haemopoiesis alakult ki. Mindenekelőtt az alkoholt tartalmazó iv. táplálás esetén volt ez kifejezett. A folsavhiány súlyos formát is ölthet, mivel növeli a fertőzés veszélyét és vérzékenység forrása is lehet. Acut postoperatív pancytopenia esetén, különösen iv. táplálás kapcsán, gondolni kell tehát folsavhiányra. Mindazonáltal az ilyen esetekben alkalmazandó prae-ventív folsavkezelés szükségessége nek és mérvének megítélésére még további vizsgálatokat kell végezni.

iffj. Kelemen Endre dr.

Tapasztalatok bázis-kórházba továbbított telemetrikus EKG-val. Lambrew, C. T. (Nassau County

Medical Center, East Meadow, N. Y. 11 554): Heart and Lung, 1974, 3, 756.

Nagyvárosokban nehezen oldható meg, hogy minden sürgős esethez eljutó elsősegély-egységben orvos is legyen. 1969-ben Nagel és mtsai vezették be az EKG rádióhullámokon való továbbítását a mozgó elsősegély-egység és a kórházi orvos között. A szerző ismerteti a New York állambeli Nassau megyei programot, mely 1,6 milliós lakosságra vonatkozik 288 négyzetmérföldnyi területen. Az elsősegély szállításokat 55%-ban a megyei rendőrség 21 ambuláns kocsija, a többi 37 önkéntes tűzoltó egység végzi. A nemszakember, úgynevezett ambuláns technikusokat az előző 81 óras alapvető sürgősségi orvosi ismereteken kívül 65 óras speciális kiképzésben részesítik, ahol a telemetriás rendszer kezelését, rövid anamnesis felvételt, a beteg állapotának, a szívmegeállásnak megítélését és felismerését, a defibrillálás elvégzését és a kizárólag orvosi rendeltetűre végzendő im. és iv. injekciók adásának technikáját oktatják.

A hordozható rádiótelemetriás-egység alkalmas egyidejű EKG- és hang-továbbításra a 463 MHz UHF-en. Központi monitor-egységhez kerül a továbbított adat, s így jut el a bázis-kórház intenzív egységén dolgozó orvoshoz, aki informálódik az odaérkező beteg állapotról, irányítja a terapia elkezdését a beteg kórházba való érkezése előtt. A bázis-kórházon kívül más megfelelő intenzív egységgel nem rendelkező osztályok is kapcsolódhatnak a központi egységhez normál telefon vonalon. Minden betegről az ambuláns technikus vesz fel kórtörténetet; a beérkező napi EKG-t és verbális kommunikációt magnetofon-szalagra rögzítik.

A programban jelenleg 20 rendőrségi és 10 tűzoltó ambuláns kocsi vesz részt. 1974-ben közel 2000 beteget monitoroztak telemetriás módszerrel, eleinte elsősorban mellkasi fájdalmak miatt szállított betegeket, majd később más sürgősségi eseteket is.

9000 eset adatait elemezték. Az 1700 főnyi „mellkasi fájdalom” — csoportban 8,1%-ban észleltek primer kamrafibrillációt, 23%-ban más jelentős arhythmiaikat. Életveszélyes arhythmiaikat gyakran észleltek előzőleg jó állapotban levő betegeken, és kamrafibrillatio is gyakran jelent meg más prodromális arhythmia-formák jelentkezése nélkül. 8,7%-ban észleltek arhythmiait más kórképek pl. trauma stb. miatt beszállított betegeken is. A kórházba szállítás alatt 1%-ban alakult ki szívmegeállás (a program bevezetése előtt 5,1%-ban). A csökkenés okát nemcsak a korai gyógyszeres kezelésben, hanem az ambuláns személyzet megfelelő képzettségében, a gyors szállításban, az infarctus korábbi felismerésében látják.

Egy orvos képes több jármű or-

vosi irányítására, egy báziskórház tehát megfelelő telefonvonalak és apparatus esetén nagy földrajzi terület praehospitalisatiós problémáit oldhatja meg. Hangsúlyozzák, hogy a technikus képzés célja nem az orvosi szint elérése, hanem az orvosi utasításainak technikai végrehajtására történő képesítés.

(Ref.: hazai körülmények között, ahol az OMSZ szakképzett hálózattal látja el az elsősegély szolgálatot és a betegszállítást, inkább a mentőkocsi és a különböző intenzív osztályok telemetriás kapcsolata az értékesíthető módszer, háttérbe szorítva a cikkben elsőrendű jelentőségűnek tartott, nem a szakemberek kiképzésével és az ezzel kapcsolatos jogi felelősség vállalással összefüggő problémákat.)

Pajzs Zsuzsanna dr.

Tüdőgyógyászat

Pulmonalis alveolaris proteinosis Kurgan J. Smigla, K (Phthisical Clinic, Silesian Med. Academy, Zabrze 3. Poland) Respiration, 1974, 31, 278.

A pulmonalis alveolaris proteinosis ismeretlen aetiológiájú, ritka betegség. Davidson és Macleod 1969-ben a világirodalomban 140 esetet gyűjtött össze. A szerzők esetüket a jó terápiás effektus miatt tartják közlésre érdemesnek.

20 éves betegük lázas állapotban, enyhe száraz köhögés, dyspnoe, gyengeség panaszával, miliaris tuberculosus dg-sal került felvételre. A mellkas rgt-képen karéjózott hilusok, és mindkétoldali göcs, helyenként confláló árnyékok voltak láthatók. Streptomycin, INH, PAS kezelés mellett a beteg ugyan láztalan lett, de általános állapota tovább romlott, radiológiai progressiót észleltek. A köpettenyésztések negatívak voltak, a tuberculin próba is normális volt. Ekkor sarcoidosis gyanúja miatt scalenus biopsiát végeztek és a szövettani vizsgálat a kimetszett nyirokcsomóban bár nem teljesen tipikus, de „sarcoidalis reakciónak megfelelő” képet adott. Ezt követően szteroid kezelést kezdtek, a beteg dyspnoeja azonban tovább fokozódott, növekvő mennyiségű mucosus köpetet ürített. Két ízben is végeztek Vim-Silvermann tüvel percutan tüdőbiopsiát (a másodiknál ptx keletkezett!), a szövettani vizsgálat azonban csak krónikus gyulladást mutatott. A klinikai kép alapján felvett pulmonalis alveolaris proteinosis igazolására tervezett thoracotomiához a beteg nem járult hozzá. Az ekkor már súlyos hypoxiával küzdő betegen, 1 éves eredménytelen kezelést követően 3×2 ml Mucosolvin aerosol, naponta 2× izotóniás NaCl-dal kezdték aerosolos kezelést, emellett csak oxygent adtak. A kezelés bevélt, a beteg állapota fokozatosan javult, fél éves kezelés után

gyakorlatilag panaszmentes. Az ekkor thoracotomiából végzett tüdőbiopsiás anyagból utólag igazolták a pulmonalis alveolaris proteinosis diagnózisát. Újabb fél év múlva a beteg panaszmentes, a mellkasrtg-n csak fokozott reticularis rajzolat látható.

A szerzők érdekesnek tartják a betegséghez társult sarcoidalis reakciót amelyhez hasonlóan még nem történt említés az irodalomban. Kétségeiket hangoztatják a percutan tüdőbiopsia megbízhatóságát illetően is. Diagnózisukat a klinikai kép alapján állították fel és mucolytikus terápiájuk eredményes volt. Deák Gábor dr.

Előrehaladás a tüdő alveolaris proteinosis kezelésében. Kao, D. és mtsai (Departments of Medicine, Anesthesiology and Surgery, Harbor General Hospital, Torrance, Calif., and UCLA School of Medicine, Los Angeles, Calif.): American Review of Respiratory Disease 1975, 111, 361—363.

A tüdőalveolaris proteinosisnak hörgőmosással való kezelését Ramirez ajánlotta 1966-ban. Egy liter mosófolyadékhoz 10 g acetylcysteint és 7500 egység heparint tett. Mivel egy öblítéshez 40 liter folyadék szükséges, a kezelés rendkívül drága volt. Ezért a szerzők kísérletet végeztek isotóniás konyható oldattal való hörgőöblítéssel és az eredmény ugyanolyan jó volt. Az eljárást kiegészítették mosás közben a mellkasnak a kereskedelembe kapható készülékkel való ütögetésével, s ezzel a módszer határfoka négyeszeresre emelkedett. 28 hörgőmosás után szövődményt nem észleltek.

Pongor Ferenc dr.

Tbc-hez és ankylotizáló spondylitishez társuló progresszív tüdőbetegség. Andrews, R. H. és mtsai (Ransom Hospital, Mansfield, G. B.): Tubercle 1974, 55, 91—98.

Az ankylotizáló spondylitis és a tüdőtbc együttes előfordulását régebben gyakorinak tartották, s csak a legutóbbi időkben tisztázódott, hogy az ankylotizáló spondylitis mellett észlelt, üregképződéssel járó tüdőelváltozás rendszerint nem tbc-s eredetű. A közlemény három férfibeteg körlefolását ismerteti, akiknél a címben jelzett három betegség együttes vagy egymást követő előfordulását észlelték, illetve a tüdőelváltozás még aspergillossal is szövődött. Az ankylotizáló spondylitis diagnózisát mindhárom betegen már korábban felállították. Az első két esetben infiltratív tüdőelváltozás és Koch-pozitív köpet alapján kórismézték a tbc-t. Gátlószerek kezelésére a köpet negatívvá vált és a rgt-kép javult. A tbc klinikai, radiológiai és bakteriológiai gyógyulása után négy évvel a korábbi lézió területén progresszív, fibrotizáló és üregképződéssel járó elváltozás alakult ki. A köpet Koch-

negatív maradt. Később a folyamat a többi tüdőrészt is érintette. A harmadik beteg az aktív tbc-t ugyancsak bakteriologikailag megerősítették. A gátlószerek kezelése hatására köpetkonverzió következett be, ezt azonban nem kísérte radiológiai regressio, hanem progresszív fibrosis és üregképződés volt megfigyelhető. Ez a beteg akut légúti fertőzéssel meghalt. A sectio alkalmával nem találtak a tüdőkben tbc-nek megfelelő kórbontani elváltozást, csak fibrosist, üregeket, bennük aspergillust.

Vadász Imre dr.

Primer INH-resistens tbc gyermekekben. Steiner Ph. és mtsai (Departments of Pediatrics, State University of New York, Downstate Medical Center, and Kings County Hospital Center, Brooklyn, New York) American Review of Respiratory Disease 1974. 110. 306—311.

1961 és 1972 között 26 tbc-s gyermeket ápoltak klinikájukon, akiknek a betegségét INH, SM vagy PAS primer resistens M. tbc okozta. A gyermekek 3/4—9, átlag 4,5 évesek voltak. 1961-től 1968-ig a betegeket a törzsek gyógyszerérzékenysége alapján kezelték. Ha a fertőző forrás törzsének a gyógyszerérzékenysége ismeretlen volt, a kezelést INH-val és PAS-sal kezdték, szövödmény —, milliaris tbc, gümös agyhártyagyulladás, csont-, vesetbc esetén — SM-t is adtak. 1969-ben négyes — INH, SM, ethambutol és ethionamid — kombinációra tértek át. 1971-től pedig INH, SM, rifampicin és ethambutol adására került sor. Naponta legfeljebb 300 mg INH-t, 1 g SM-t, 12 g PAS-t, 1 g ethionamidot, 600 mg rifampint és 20 mg/kg ethambutolt adtak.

10 gyermeknek szövödménymentes primer tbc-je, 5-nek endobronchialis folyamata, egynek mellékhere tbc-je, 5-nek idült tüdőtbc-je, kettőnek gümös agyhártyagyulladása, egynek pedig progrediáló primer tüdőtbc-je volt, amihez kölesgümőkór és extrapulmonalis folyamat is társult. Valamennyi M. tbc törzs INH-resistens, és pedig 12 egyedül INH, 6 INH és SM, 7 INH, SM, és PAS, egy pedig INH és PAS-resistens volt. A fertőző forrás és a beteg törzse minden esetben INH-resistens volt. 8 eset közül 6 esetben mind a fertőző forrás, mind a beteg törzse azonos gyógyszerérzékenységgű volt. 2 esetben a fertőző törzs INH, SM és PAS resistens, a beteg törzse viszont az egyik esetben egyedül INH resistens, a másikban pedig INH és SM resistens volt.

A resistens M. tbc okozta gümőkór klinikai képe azonos az érzékeny bacilusok által okozott folyamattal. Mindössze egy agyhártyagyulladás betegük halt meg, akit a betegség korai szakában vettek fel, és SM, INH és PAS

kezelés ellenére felvétele után 9 nap múlva meghalt. Lehetséges, hogy a mai újabb gyógyszerekkel megmenthető lett volna. Mivel klinikájukon a primer INH, ill. SM resistens magas — 13,5, ill. 16,6% — volt, az ilyen törzsek okozta, életveszélyes állapotban levő tbc-s gyermekek folyamatát négyes — INH, SM, ethambutol és rifampin-kombinációval kell kezelni.

Pongor Ferenc dr.

Országos terápiás program a gyógyszer-resistens tüdő-tbc leküzdésére Norvégiában. Øvreberg, K. és mtsai (Troms County Chest Clinic, Harstad, Norvégia): Scandinavian Journal of Respiratory Diseases 1974. 55. 218—228.

A gyógyszer-resistens tbc Norvégiában sohasem jelentett nagy problémát. 1960-ban kórházban ápolt tbc-s betegeknek csupán 3,5%-a ürített gyógyszer-resistens tbc bacilusokat. Ezt egyrészt azzal magyarázzák, hogy amikor az új antituberculosikumok alkalmazásra kerültek, a tbc incidenciája nálunk már alacsony volt. Másrészt 1948 óta a chemotherapia kórházban és járóbetegként egyaránt díjtalan. A gyógyszer-resistens tbc bacilusokat ürítő betegek száma hanyagságuk miatt ennek ellenére szaporodott. Ezeket a betegeket aztán a másodrendű gyógyszerek toxikus mellékhatásai miatt éveken át kórházban kellett ápolni. 1967-ben országos tervet készítettek a probléma megoldására. Több, mint 100 olyan beteget találtak, akik az utóbbi két év folyamán legalább két elsőrendű gyógyszerre resistens tbc bacilusokat ürítettek. A legnagyobb feladatot a betegeknek az együttműködésre való megnyerése jelentette. 1968-ban nyolc intézetben 25 beteg kezelését indították el. 72% férfi, 18% nő, átlag 61,2, ill. 54,7 éves volt. Ezek a betegek átlag 19,7 év óta voltak aktív tbc-s, 11,3 év telt el azóta, hogy antituberculosikumokat szedtek, 5,2 év óta voltak Koch-pozitívak és 4,2 évet töltöttek kórházban. 21 beteg SM, INH és PAS-resistens, 2 beteg a három gyógyszer közül kettőre resistens, egy beteg egy gyógyszerre resistens, a másik kettő közül egyre túlérzékeny, egy beteg pedig két gyógyszerre túlérzékeny volt.

A kezelési elv az volt, hogy minden beteg három hatásos gyógyszert szedjen. Az előzőleg szedett gyógyszereket lehetőleg kihagyták. 15 beteg ethambutolt, capreomycint, rifampicint és egyéb gyógyszereket, 6 beteg ethambutolt, capreomycint és rifampicint, 2 beteg ethambutolt és capreomycint és egyéb gyógyszereket, 2 beteg pedig ethambutolt és egyéb gyógyszereket szedett. Az első 3 gyógyszert 20 beteg fél évig, 13 pedig több, mint egy évig szedte. Ez a kezelési idő talán túl hosszúnak látszik, hiszen a betegek hamarosan Koch-negatívak lettek, de annak idején még nem ismerték az új

gyógyszerek által elérhető eredmény tartós voltát és tekintettel voltak arra is, hogy ezeknek a betegeknek ez volt az utolsó esélyük a gyógyulásra.

Az ethambutolt az első 6 héten át naponta 25 mg/kg, azután 15 mg/kg adagban, a capreomycint 1 g, a rifampicint naponta kétszer 300 mg adagban, 1968 októberétől pedig naponta egyszer 450 mg adagban adták. A többi gyógyszert a szokásos adagolásban szedték a betegek. Ha ilyen adagolásban valamelyik gyógyszer toxikus tünetet okozott, a gyógyszert kihagyták. Az ethambutolt szedők látásélességét, a capreomycint szedők vizeletét, a rifampicint szedők transaminase-értékét kéthetenként vizsgálták. Toxikus tünet jelentkezése esetén az illető gyógyszer adását azonnal beszüntették, és helyette más hatásos gyógyszert adtak.

Mellékhatás igen gyakori volt, emiatt mindössze 7 beteg gyógykezelésén nem kellett változtatni. A toxikus tünetek a kezelés első negyedik hónapjában 80%-ban jelentkeztek. A rifampicint jól tűrték a betegek, a transaminase-szint csak egy betegben emelkedett, ami azonban a gyógyszer adagjának csökkentése után ismét normális lett. A capreomycint a 21 beteg 43%-ában okozott mellékhatásokat. 8 beteg kezelését a creatinin-szint emelkedése ellenére tovább folytatták, 6 hónapig szedte a gyógyszert. Az ethambutolt zavarmentesen szedték a betegek, mindössze egy betegnek csökkent átmenetileg a látásélessége.

1972-ben, 4 évvel a kísérlet elkezdése után, kiértékeltek a kései gyógyeredményt is. 4 biztosan tbc-s beteg előző antituberculosikus kezelése után, már kezdetben Koch-negatív volt. Negatív lett 9 beteg a kezelés első, 6 beteg a kezelés második hónapjában, a többi pedig legkésőbb a kezelés nyolcadik hónapjában és azóta valamennyi tenyésztéssel negatív maradt. A legtöbb beteg klinikai állapota már az első hónapokban jelentősen, 20 beteg röntgenlelete nagyfokban javult. Többségükben egy évnél rövidebb időn belül el is távozott a kórházból. 4 év elteltével 2 munkaképes lett, 2 kora miatt, 11 betegsége miatt nyugállományba került, 2 pedig még kórházban volt. 8 beteg meghalt, és pedig 2 légúteltelenségben, egy gócos tüdőgyulladásban, 2 szívizom-infarctusban, 2 rákban, egy pedig combnyaktörés utáni szövödményben.

A rifampicin, capreomycin és ethambutol tehát alkalmas volt a tbc legmakacsabb formáinak a tartós megoldására. Ennek érdekében biztosítani kell a betegek az orvosokkal való szoros együttműködését.

Pongor Ferenc dr.

Az F₂ alfa és E₂ prostaglandin hatása a légútcconductance-ra egészséges egyénekben és asthmás betegekben. Mathé, A. A. és mtsai (Boston Massachusetts, and Department of

Physiology, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden): American Review of Respiratory Disease 1975, 111, 313—320.

A prostaglandin F_2 alfa tengerimalac és patkány tüdejében anaphylaxiás reactio, különböző mechanikai és kémiai ingerek hatására keletkezik. Több állat és az ember hörgőjére szűkítő hatású. A szerzők hasonló hatását észlelték asthmás betegek tüdejében is. A prostaglandin E_2 ugyancsak anaphylaxia hatására keletkezik, a prostaglandin F_2 -val szemben azonban mind in vitro, mind in vivo a hörgőket tágítja. Jelen munkájukban 12 egészséges emberen és 17 asthmás betegen a gyógyszereknek a légút-conductance-ra való hatását vizsgálták. Egészségesekben a specifikus légút-conductance 250—1000, asthmás betegekben pedig 4—512 ng F_2 alfa aerosol inhalatio után mintegy 50%-kal csökkent. Ugyanezen adag ismételt inhalatioja után ez a hatás egészségesekben változatlan maradt, asthmás betegekben viszont elmaradt. Ha az inhalatio előtt 1 mg atropint adtak egészségeseknek, a szer hatása változatlan maradt, asthmásokban viszont hatása csökkent. A prostaglandin E_2 inhalatio az egészséges ember hörgőjére tágító, az asthmás beteg hörgőjére pedig vagy tágító, vagy szűkítő hatású volt.

Pongor Ferenc dr.

Néhány megállapítás 737 asthma bronchiale-ban szenvedő betegről. Vera Acosta, H., Diaz Mesa, H. (Hosp. „José R. López Tabrane”, Matanzas, Kuba): Rev. Cuban. Med. 1975, 14, 175—181.

A szerzők 737 asthma bronchiale-ban szenvedő beteg adatait érték fel kérdőív segítségével s az adatok alapján a következőket állapították meg:

1. A nemek szerinti különbség nem szignifikáns (47% férfi, 53% nő).

2. A betegség incidenciája főleg a 40 éven aluliakra esett (82%).

3. A legtöbb beteg asthmája 15 éves életkora előtt kezdődött.

4. A betegek között az 1—14 évesek, valamint a 15—40 éves aránya csaknem egyenlő (40,4, ill. 41,6%).

5. A betegek nagyrésze krízisei a téli hónapokra esnek (45,3%), de egy jelentős részüknek egész évben vannak rohamai (43,1%).

6. Örökletes faktor a betegek 71,43%-ában volt kimutatható.

7. Ijesztő jelenség, hogy a betegek 63%-a veszt be a rohamok alatt corticosteroid gyógyszereket.

8. A 15 éven felüli betegek 44%-a dohányzik; a dohányzásnak nincs túl nagy jelentősége a betegség kórleányában.

9. A rohamok kiváltása a leggyakrabban időváltozáskor, por hatására, nedvesség hatására és élelmiszerek fogyasztása után következik be, mint modern ártalmak megemlítették a gyarak füstje, detergens, illatszerek, hintőpor, s egyéb vegyszerek, 57 esetben ismeretlen volt a kiváltó ágens.

Nikodemusz István dr.

Spontán pneumothorax tervszerű kezelésének késői eredményei. Lichter, I. (Dept. of Surgery, University of Otago Medical School, Dunedin, New Zealand): Thorax 1974, 29, 32—37.

A szerző spontán pneumothorax miatt sebészeti osztályon kezelt 96 beteg 5—12 éves megfigyeléséről számol be. A tervszerű kezelés célja egyrészt az acut epizód megoldása, másrészt a recidiva gyakoriságának a csökkentése volt. A betegeket két csoportra osztotta: az elsőbe 42 jó általános állapotban levő, fiatal beteg tartozott csúcsi lokalizált lézióval, a második csoport 54 idősebb, diffúz tüdőbetegségben szenvedő betegből állt.

A kezelés három esetben csupán observatio volt, a többi esetekben intercostalis szívatást végeztek. Ez egymagában sikeres volt az első csoport 77%-ában és a második csoport 52,5%-ában. Ezután az első csoportban ékresectióval eltávolították a károsodott tüdőrészt, ha előzőleg már volt az illetőnek spontán ptx-e (15 beteg) vagy a nyílás 48 órás szívás után sem zárult (4 beteg). Az operált betegek nem észleltek a megfigyelési idő alatt recidivát. A második csoportban részben a kiterjedt elváltozás, részben egyéb járulékos betegségek miatt nem végezték az ékresectiót, de a szívatást gyakran 14 napig is elnyújtották. Azokban az esetekben, ha ez idő alatt sem zárult a nyílás, az emphysemás bulla resectióját végezték, ha az illető alkalmas volt thoracotomiára (9 beteg) és ezekben az esetekben nem volt recidiva; 13 további esetben pleurodesist végeztek, közülük kettő recidivált. Acut halálozás nem volt.

de a második csoportban a megfigyelési idő alatt 7 beteg meghalt (2 tüdőrák, 1 uraemia, 3 idült légzési elégtelenség, 1 ellenoldali ptx).

Vadász Imre dr.

Steroid-kezelésre szoruló felnőtt obstructív tüdőbetegség gyógyítása beclomethason—dipropionat aerosollal. Vilsik, J. S. és mtsai Department of Pulmonary Diseases, Central Hospital, Trondheim, Norway) Scandinavian Journal of Respiratory Diseases 1974, 55, 169—175.

A felnőtt idült obstructív tüdőbetegség száján át corticosteroidokkal való kezelése jól bevált. A steroidok számos nem kívánatos mellékhatása miatt kísérleteket végeztek hydrocortison, prednison, dexamethason és bethamethason aerosol-kezeléssel is. Hörgőtágító hatásuk kielégítő volt ugyan, mellékhatásoktól azonban ezek sem voltak mentesek. 1967-ben és 1968-ban egy új steroid-vegyületet, beclomethason-dipropionatot alkalmaztak kenőcs formájában bőrbetegségek gyógyítására. Gyulladáscsökkentő hatása jó is volt és mellékhatásokat sem okozott. Aerosolban Choo—Kang és mtsai adták először 1972-ben asthmás betegeknek, eredménytelenül. Azóta többen észlelték ennek az ellenkezőjét.

25 férfi és 12 nő betegükkel, akik állandóan száján át szedett steroid-kezelésre szorultak, ambulánsan naponta négy alkalommal 100 µg beclomethason-dipropionatot inhaláltattak. Az első 3 nap még szedték száján át a steroidot, ekkor azonban csökkentették a steroid adagját, majd teljesen el is hagyták annak adását és 9 héten át egyedül a beclomethason-dipropionatot inhalálták a betegek.

27 beteg teljesen átállt az aerosol-kezelésre. Ezeket kettős-vakkísérletet végeztek oly módon, hogy 14 beteggel továbbra is beclomethason, 13 beteggel pedig placebo-sprayt lélegeztettek. 10 napon belül 10 beteget vissza kellett állítani az orális steroid-kúrára, valamenynyit a placebo-csoportból. A beclomethason belégzők állapota továbbra is kielégítő maradt és mellékhatásokról sem panaszkodtak. Szerintük a beclomethason-spray alkalmas asthmás betegek kezelésében az orálisan adott steroidok pótlására.

Pongor Ferenc dr.

„Az értelmes lény számára a természetszerű és ésszerű cselekedet egy és ugyanaz.”

Marcus Aurelius



KÖNYVISMERTETÉS

Gaetano Benedetti, Udo Rauchfleisch: Die Schizophrenie in unserer Gesellschaft. Forschungen zur Schizophrenielehre 1966–1972. Unter Mitarbeit von R. Battegay, H. Benedetti-Straub und R. Rauchfleisch-Malissius, 1975. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 175 oldal. Ára: 49,— DM.

A schizofrenia legismertebb európai kutatója, a svájci Gaetano Benedetti harmadik alkalommal ad ki olyan összefoglaló, referáló munkát, amely a schizofrenia-kutatás bizonyos alapkérdéseinek teljes áttekintésére vállalkozik. A jelenlegi kötet is, mint az előző kettő, számos ismert szakember segítségével, közreműködésével készült el. A kötet nem foglalkozik a farmakoterápia és a szomatikus terapiák irodalmával, mert erről ugyancsak a Thieme kiadásában hasonló összefoglaló munkák jelentek meg, és figyelmen kívül hagyja mindazokat az adatokat, amelyek a schizofreniában talált szomatikus elváltozásokra (anyagcsere zavarak, idegrendszeri rendellenességek stb.) vonatkoznak.

Igy is közel 2000 közlemény sűrített tartalmát kaphatjuk meg a vékony kötetből. A szöveg három részre oszlik, mindháromnak külön bibliográfiája van. Az első rész címe megegyezik a kötet címével, az alcím inkább a jellemző: a schizofrenia mint genetikus probléma, mint kezelési feladat és mint a lefolyás alakzata (Verlaufs-gestalt). A második rész címe: A schizofrenia pszichopathológiája a különböző életkorokban; a harmadik: Tesztpszichológiai vizsgálatok és a schizofrenia.

Mindhárom rész igen tömör, egy-egy irodalmi adatot gyakran csak egy-egy egyszerű mondat mutat be, a részletkérdések petit szedésben olvashatók. A kompilátorok igen mértéktartók, általában a közlemények fő mondanivalójának hű tolmácsolását tűzték ki célul. Rövid kommentárokat csak egy-egy nagy témakör befejezésekor, vagy a három nagy rész összefoglalásában fűznek az anyaghoz.

Ilyen kommentár az, hogy az áttekintett hétéves periódusban alapvetően új nem történt a schizofrenia-kutatásban. Az irodalomból összeálló kép azonban mégis jelentős, fontos. Legfontosabbnak az első részben közölt anyag látszik. A szerzők szerint az irodalom megerősíti a hatvanas évek elején felvetődött új hipotéziseket. A hatvanas évek közepétől a természettudományos módszerek térhódítása figyelhető meg

a schizofrenia-kutatásban. Bebizonyosodott, hogy a természettudományos methodológia összeegyeztethető a megértő pszichológiával. A kutatásokból világosabban kitűnik a schizofrenia kór-oktanában a genetikai és a környezeti tényezők szerepe. A szerzők szerint a multifaktoriális kóreredit ténye kétségtelen, a genetikai momentumok oki szerepét nem lehet tagadni, a környezeti hatások szerepe azonban nagyobb, mint azt korábban feltételezték. Elsősorban a családi pathologia és a hibás szocializáció szerepel a külső okok között, nem lényegesek az élet ún. nagy megrázkódtatásai, mint amilyen az árvaság, a trauma, a családi élet krízise stb. Az újabb ikervizsgálatok szerint az egyetértő ikrek betegségkonkordanciája jóval kisebb, mint korábban állították. Kimutatták, hogy minél szigorúbban veszik a konkordancia fogalmát és egzakt bizonyítását, és minél jobban tartják magukat a vizsgálók a nosológiai besorolás korszerű elveihez, a konkordanciahányad annál kisebb. Így is jóval nagyobb azonban, mint a kétetértő ikrek között. Új kutatási ág lett a diszkordancia okainak vizsgálata, ebből egyértelműen a szülőkapcsolatok, a szülőkkel való identifikáció és a nevelési bánásmód különbségei tűnnek lényegesnek.

Az első részből érdekes még az a megállapítás, hogy az áttekintett periódusban a transzkulturális vizsgálatok volumene csökkent. E vizsgálati ágazatban egy Mauritius szigetén végzett összehasonlító kutatás és egy thaiföldi epidemiológiai tanulmány emelkedik ki. A thaiföldi adat a schizofrenia igen nagy gyakoriságára mutat rá, és e gyakoriság magyarázatának keresésére sürget. A Mauritiuson végzett vizsgálatban Murphy megállapítja, hogy a schizofrenia incidenciája azonos az angol incidenciával, azonban a lefolyás egészen más, és a kronifikáció, valamint a relapszus ritkább. Murphy ebből azt állapítja meg, hogy a schizofrenia alapzavar minden kultúrában azonos, a lefolyás azonban kultúrspecifikus.

Érdekes az is, hogy Benedetti milyen nagy teret ad a schizofrenia pszichoterápiájával foglalkozó irodalomnak (ez az ő legfontosabb kutatási területe, így elfoglaltsága érthető), és ennek áttekintéséből milyen kerek és plauzibilis képet ad a schizofrenia terápiájában és rehabilitációjában a pszichológiai intervencióknak.

Az első rész is azt állapítja meg,

hogy a schizofrenia „alapzavar” (Grundstörung) az én szétesése és integrációs zavara. Erről a könyv második része közöl rengeteg adatot. A feldolgozott közlemények csaknem fele a második részben kerül tárgyalásra, itt csupa rész-eredmény, adatfragmentum szerepel, az összkép nem világos, a kompilátorok szerint a sok adat azonban a schizofrenia pszichopathológiájáról kialakult eddigi elképzeléseinket részben dokumentálja, bizonyítja, részben pedig finomítja és specifikálja.

A harmadik részben a tesztpszichológiai vizsgálatokról van szó, itt még inkább adatmozaikok halmozát kapjuk, integratív kép nélkül. Az idézett irodalom többsége amerikai, sok a módszertani vizsgálat és a gyakorlatias célkitűzésű skálaleírás.

A kis kötet rengeteg információt tartalmaz, és a schizofrenia kutatásával vagy tanulmányozásával foglalkozók számára igen hasznos forrásmunka lehet. Nagy kár, hogy csak igen rövid tárgymutató van hozzá, érdemes lett volna regiszterét kibővíteni és áttekinthetővé tenni, mert ez megkönnyítette volna a bibliográfiai visszakeresést, amely lényegében a könyv elolvasásának, használatának igazi célja (hiszen maguk a konklúziók egy nagyobb cikkbe sűrítethetők lettek volna, és a bibliográfia kiemelésével ezek egyenértékűek). „El kellett volna hinnünk”, mint általában az összefoglaló referátumoknak „hinnünk” kell. Nem szerencsés sem a cím, sem pedig a fejezetek felosztása. A cím szociálpszichiátriai munkát ígér, erről pedig csak per tangens van szó, a tárgy lényegében a schizofrenia személyiség, annak kialakulása és pszichopathológiája. Az egyes fejezetek határainak meghúzásában is sok az önkényesség. Óriási munkát végeztek azonban a szerzők, ez mindenképpen elismerést érdemel.

Ilyen összefoglaló, csaknem teljesnek tekinthető témareferátumokban mindig érdekes studium az irodalomjegyzék. A recenzens vette a fáradságot, hogy a kb. 2000 címet átnézze, már csak azért is, hogy megállapíthassa, hány magyar szerző munkájára történik hivatkozás. Megállapítható, hogy elég kevés magyar munkára hivatkoznak a szerzők, noha látszik, hogy a magyar nyelvű szaklapokat is elemezték. Az első részben három magyar publikációt idéznek (Paneth Gábor, Pohl Ö. és Haits G., valamint Süle Ferenc és Süle Ferencné cikkei), a második részben Simkó Alfréd két, Nervenarztban megjelent tanulmányát, valamint Kardos György és Mária Béla három, az alkoholizmus és a schizofrenia összefüggéseivel foglalkozó közleményét, a harmadik részben pedig Hárdi István és Szakács Ferenc egy-egy, tesztvizsgálatokkal kapcsolatos írását idézik.

Mivel a szovjet közlemények száma igen nagy, és több tucatra tehető a román, lengyel, bolgár és csehszlovák tanulmányok száma is, talán nem túlzás megállapítani azt, hogy a vizsgált hétvése periódusban a magyar „hozzájárulás” a schizophrénia kutatásához csekély volt.

Az információk jelenlegi áttekinthetetlen bőségében nagy értékek az ilyen kiadványok, és ezért a kötetet minden érdekelt számára csak ajánlani lehet. Bizonyos, hogy más pszichiátriai és általában orvosi szakterületeken is az ilyenfajta összefoglaló tanulmányok nagyon szükségesek lennének, és sokban serkenthetnék a kutatást, tájékozódást.

Buda Béla dr.

Kuschinsky, G.: Taschenbuch der modernen Arzneibehandlung. Angewandte Pharmakologie. 7. átdolgozott kiadás. G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1975. 731 oldal. Ára: 49,80 DM.

1956 óta 7. kiadásban jelent meg a kis formátumú, jól kezelhető, izléses kötésű könyv, melynek elsődleges célja a gyakorlati orvos gyors informálása a betegségek kezeléséhez használatos gyógyszerekről. Az első rész (170 oldal) betűrendes sorban több száz kórkép és tünetcsoport korszerű gyógyszeres kezelését ismerteti. A második, hasonló elrendezésben és terjedelemben, az egyes gyógyszer-csoportok farmakológiáját foglalja össze, a harmadik pedig 280 oldalon a szerző által fontosnak tartott gyógyszereket, specialitásokat. Rövid fejezetek foglalkoznak továbbá a gyógyfürdőkkel, a receptúrával, a gyógyszerek kölcsönhatásával és az utolsó, terjedelmesebb a fontosabb mérgezőekkel, valamint a gyógyszerek mellékhatásaival. A farmakológiai rész természetesen nem helyettesítheti a tankönyvet, csak a gyógyszer-csoportokra vonatkozó legfontosabb elméleti tudnivalókat tekinti át.

A könyvre a szerző szigorú kritikai szemlélete a legjellemzőbb. Az NSZK-ban forgalomban levő gyógyszereket közel 1000 oldalas kötet ismerteti és ebből a gyógyszer-tömegből válogatta ki Kuschinsky azokat, amelyeket erre méltónak talált. Alapelve az, hogy a hosszú ideje tartó alkalmazás nem garancia arra, hogy egy szer farmakológiailag hatásos-e vagy sem. Nem szerepelnek a könyvben olyan jól ismert készítmények mint a Tromcardin (= Panangin), vagy Anginin (= Prodictin). A Reptilaseről megírja, hogy nem segíti elő a vérzések megszüntetését, a Colfaritnak az az előnye az aszpirinnal szemben, hogy a betegek nem ismerik a nevét, a „májvédő” szerek legfeljebb állatkísérletben hatásosak, a neuritisek lefolyását nem lehet gyógyszerrel befolyásol-

ni, a sósavcseppek nem teszik savanyúvá a gyomornedvet stb. Egykor nagy értékű gyógyszerek is kimaradtak a könyvből, így pl. a higanyos diuretikumokról említés sem történik és hasonló sorsra jutott az első orális antidiabeticum, a Carbutamid (= Bucarban) is. Különösen szkeptikus a szerző az arteriosclerosis és az angina pectoris kezelésére ajánlott gyógyszerek tömegének az elbírálása tekintetében. Csak a legmondosabb kliniko-farmakológiai vizsgálatokon alapuló eredményeket hajlandó elfogadni. (Néhány oldalon foglalkozik egyébként a placebo kezelés klinikai és tudományos jelentőségével is.) A legújabb közlemények sem kerülnek el figyelmét, ismerteti a diabeteses kóma kis insulín-adagokkal történő kezelésének újabb irányzatát is. Talán csak az ulcus-terápiában sokat ígérő H₂-receptor antagonisták kimaradása tűnik fel a kritikus olvasónak.

Legyen szabad néhány idézetet kiragadnom a könyvből; megnyugtató a tudományos alapon gyógyító orvos számára ilyen sorokat olvasni, amikor a mindent elárasztó gyógyszerrengetegben a polipragmázia alig kerülni el. „A már kifejldött arteriosclerosis gyógyszeres befolyásolásra nincs lehetőségünk.” — „A nitroglycerint tüneti hatásában még egy szer sem múlta felül.” (A hosszú hatású nitrit-készítményeket a kettős vak kísérletek eredménye alapján hatástalannak tartja.) „Szívelégtelenség nélkül fellépő effort-anginán a digitalis nem segít.” — „A B₁-vitamin injekciókat nehezen lehet a mindennapi gyakorlatból kiszorítani.”

A magyar farmakológiai tudomány és gyógyszeripar magas színvonalát mutatja, hogy számos készítményünk szerepel a válogatott gyógyszerjegyzékben, így a Clinium, Stugeron, Reasec, Haloperidol, Droperidol, Fentanyl, Dipidolor, Tolazolin, Naphazolin.

Bár a magyar orvosok az Issekutz: Gyógyszerrendelés jóvoltából kitűnő hazai könyvvel rendelkeznek, Kuschinsky könyve kisebb terjedelme, könnyű kezelhetősége és nem utolsósorban kritikus szemlélete folytán — elsősorban az általános orvosi gyakorlatot folytatóknak — melegen ajánlható.

Winter Miklós dr.

Ulrich W. Dold és Horst Sack: Praktische Tumorthérapie. Die Behandlung maligner Organumoren und Systemerkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1976. 416 oldal, 55 ábra, 33 táblázat. Ára: 24,80 DM.

Ez a zsebkönyv elsősorban a gyakorló orvosok részére íródott, de korszerűsége, tárgyilagossága és tömörsége miatt a legkülönbözőbb szakterületeken dolgozó, daganatos megbetegedések iránt érde-

lődő szakemberek számára is hasznos útmutatóul szolgál. A tájékozódást elősegíti az egyes fejezetek után a jól kiválasztott, rövid, 1975-tel bezáruló, főleg angol és német nyelvű irodalmi felsorolás.

A könyv általános részében a szerzők igen röviden ismertetik a rosszindulatú daganatok epidemiológiáját, aetiológiáját, histológiai felosztását, kissé részletesebben bemutatják a daganatok nyirokutakon át és a véráram útján történő áttételezését. A diagnosztikai rész igen rövid, felsorolás jellegű. Külön fejezet foglalkozik a daganatos betegek dokumentációjával.

A terápiás részben a szerzők megállapítják, hogy az ultraradiális műtéteknek nincs értelme, rontják a postoperatív sugárkezelés esélyeit. Felsorolják, hogy bizonyos lokalizációkban a sugárterápia és ritkán a chemoterápia kuratív jellegű. A devitalizáló jellegű praeoperatív sugárkezeléseknek pedig szélesebb alkalmazását tartják szükségesnek. Az immuntherápia még kísérleti stádiumban van. Jól felhasználhatók a legfontosabb chemoterápiás szerek, fájdalomcsillapítók, dózisaiknak táblázatokban történt összefoglalása.

A részletes részben az egyes tumorlokalizációkat epidemiológiai, aetiológiai, histológiai, diagnosztikai, terápiás szempontok figyelembevételével tárgyalják, és ismertetik az öt-, esetleg tízéves túlélést. A gyermekkori tumorokat külön fejezetben gyűjtötték össze.

Az egyes tumorlokalizációkban, a terápiás részben megadják jelenleg a legjobbnak elfogadott terápiás módszert, azokban a lokalizációkban pedig, ahol az még nem egyértelműen eldöntött, pl. osteosarcoma, a különböző irodalmi adatokat, állásfoglalásokat ismertetik.

Füzy Márton dr.

Bronisch, F. W.: Multiple Sklerose. 3. kiadás. Enke, Stuttgart, 1975. 116 oldal, 13 ábra, 11 táblázat. Ára: 29,80 DM.

Bronisch 14 évvel ezelőtt azzal a céllal adta ki a Német Ideggyógyászok Társasága 1962. évi továbbképző kurzusának anyagát, hogy „az orvosok kezébe olyan információkat adjon, amely a sclerosis multiplex betegek diagnosztikájának, kezelésének, szociális ellátásának és szakvéleményezésének lehetőleg valamennyi lényeges kérdését tárgyalja a tudomány mai állásának megfelelően”. E célkitűzésnek megfelelően a könyvecske 3. kiadása már a Bajor Ideg- és Elmeorvosok 1974. évi kongresszusának anyagán alapul, és az eredeti szerzőkön kívül még 4 új szerző 4 különböző aspektusból segíti a feladat jó megoldását.

Bay a kórjelzés tárgyalásakor felhívja a figyelmet arra, hogy manapság akár 60 éves nők és férfiak is megbetegednek sclerosis multiplexben. Hangsúlyozza annak szükségességét, hogy az elkülönítő kórjelzés céljaira a lumbalpunkciót mindig vegyük igénybe. Vitába száll azokkal, akik a sclerosis multiplexes betegeken ennek veszélyességét vallják; ő maga még soha valódi rosszabbodást, új Schubot mint punctiók következményét nem látott. Didaktikus az idegsebész Schiefer előadása: a sclerosis multiplex mint téves kórjelzés a sebész szeméből. Az elkülönítő kórjelzés szempontjából szóba jöhető betegségeket anatómiai régiók szerint tárgyalja. Gerinctumorkok gyanújakor szinte leghelyesebb vízben oldódó, jódos kontrasztanyagot alkalmazni. A betegség aetiológiájáról és kórszármasításáról legújabbban végzett kutatásokat Frick tárgyalja. Tanulmányok Kalman a szakvéleményezésről, Bronischnak a kezelés szervezési lehetőségeiről. Heiernek a betegek életkörülményeiről, Arnimnak a fizikális kezelési módokról írt fejezetei. Legtöbbet azonban az ember mindig a saját maga és mások tévedéseiből tanul. Ezért tartom hasznosnak Brouscheknek a ma már elhagyott gyógymódokról tartott előadását, valamint Laubenthal cikkét, amelyben valamennyi, eddig a sclerosis multiplexben alkalmazott kezelési módot számba vesz és külön táblázatba állítja össze azokat a „gyógymódokat”, amelyeknek ugyan a betegségre nézve lényeges hasznuk nincs, de alkalmazásuk jelentős veszélyt rejt magában. Ide sorol többek között minden serum kezelést, minden intrathecalis kezelést, az ún. friss-sejt kezeléseket. Úgy hiszem, ebbe a csoportba kívánczik az éveken át folytatott immunosuppressív kezelés is, amit pedig az egyébként irodalmilag oly művelt Frick propagál. Az idegsebészeti entusiasmus túlzásai közé sorolnám Mundinger cikkét, amiben az actiós myoclonusos tünetekkel bíró sclerosis multiplexes betegek stereotacticus operációját javasolja. 76 betege közül 3 romlott, 1-ről így ír: „Ezt az ismertettet esetet egy olyan szövödmény által veszítetük el, amelyik friss elvelőtlenedékes góccal kiváltására vezethető vissza. A szövödményeknek ez a lehetősége azonban a műtétnek semmiféle ellenjavallatát nem képezi”. (?)

A sclerosis multiplexről, erről az idegrendszernek ma leggyakoribb betegségéről, több, egyetlen szerző eredeti megfigyeléseit, vagy a legfrissebb kutatási eredményeket tárgyaló konferencia anyagát közlétező monographia jelent meg az utolsó 2—3 évben is. Ez az előadásgyűjtemény a betegeket kezelő orvosok gyakorlati tennivalóit összegezi igen ügyesen, elevenen,

és — bár minden állításával nem érthetünk egyet — véleményem szerint e könyvecske nemcsak az ideggyógyászok, hanem minden gyógyítással foglalkozó orvos érdeklődésére is joggal tarthat számot.

Pálffy György dr.

Wildführ, G.—Wildführ, W.: Medizinische Mikrobiologie. Ein Grundriss für Studenten (Orvosi mikrobiológia. Kézikönyv egyetemi hallgatók részére) 1. kiadás. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1975. I—II. kötet, 564 oldal. Ára: 28,— DM.

A könyv első 164 oldala az általános bakteriológiát tárgyalja. Az első 16 oldalas fejezet a baktériumsejttel foglalkozik, ezen belül a baktériumok alakjával, struktúrájával, mozgásával, tok- és spóráképzésével, az L formákkal, a baktériumok szaporodásával és biokémiájával s végül a környezet mikroorganizmusokra gyakorolt hatásával. A következő, 8 oldalas fejezet a baktériumgenetika alapfogalmait írja le, így a mutációt, transzformációt, transduciót, conjugációt és a resistencia transfer faktorokat (plazmoidokat). Ezután rövid fejezetek tárgyalják a bacteriocinokat (2 oldal), bacteriophagokat (7 oldal), lysoptípiát (2 oldal), majd egy 15 oldalas fejezet foglalkozik a mikrobiológiai laboratóriumi diagnosztika alapelveivel. A baktériumok klasszifikációját ismerteti a következő 4 oldalas fejezet az 1957-es kiadású Bergey's Manual alapján.

A parazita és a gazdaszervezet közötti kölcsönhatást írja le a következő 13 oldalas fejezet, ezen belül tárgyalja az infektivitást, pathogenitást és virulencia fogalmát, a toxinokat és enzimeket, melyek ezekben szerepet játszanak, az invazív képességet, a Koch-féle postulátumokat, majd a gazdaszervezet érzékenységét és aspecifikus védekező mechanizmusait. A következő fejezet hasznosan összefoglalja az ember normál mikroflóráját, majd ezt egy 34 oldalas immunológiai fejezet követi. Ebben az infekciós immunitás kérdései, így az antigén, antitest, immunválasz, az immunitás különböző formái ismertetése után az in vitro és in vivo antigén-antitest reakciók, az autoantitestek, az allergia és a passzív immunizálás alapfogalmait ismerheti meg az olvasó.

A következőkben egy 17 oldalas általános járványtani fejezet után a fertőző betegségek prophylaxisának országos (NDK) és nemzetközi szabályai kerülnek ismertetésre.

Igen tartalmas és alapos ismereteket nyújt ezután a dezinfekciós és sterilizációs módszereiről és szabályairól. A desinfectio rövid tárgyalása után a fertőző betegségek specifikus prophylaxisát, a védőoltásokkal kapcsolatos sza-

bályokat ismerteti a könyv, majd egy a chemotherapiával foglalkozó 11 oldalas fejezet zárja az általános bakteriológiai részt.

A részletes bakteriológiai részben az egyes mikrobák leírása tartalmazza a baktérium mikroszkópos és telepmorfológiáját, tenyésztési igényét, biokémiai aktivitását, a baktérium által termelt toxinokat, enzimeket, a baktérium pathogenitását és az általa okozott kórképe(ke)t, a diagnosztika módszereit, a therapiában alkalmazható szerek felsorolását és az epidemiológiát. A részletes bakteriológiai fejezetéből a coccusok és pálcika alakú baktériumok leírása alkotja a könyv első kötetének második felét s a II. kötet elején a csavar alakú baktériumok, rickettsiák, chlamydiák, bartonellák, mycoplasmák és achleplasmák leírásával fejeződik be a részletes bakteriológia.

A virológia fejezete 114 oldal terjedelmű, ezen belül az általános virológia ismertetése 20 oldalt vesz igénybe, a virológiai diagnosztika alapelveit 6 oldalas alfejezet ismerteti s a továbbiakban a DNS és RNS vírusokat ismertető részletes rész teszi ki a fejezet többi részét.

A továbbiakban az emberpathogen protozoonok leírása egy 40 oldalas, az emberpathogen gombák ismertetése egy 20 oldalas, a helminthológia tárgyalása pedig egy 7 oldalas fejezet keretében található a könyv II. kötetében.

Amint a könyv előszavában olvashatjuk, a munka az orvostanhallgatók részére készült, s a számukra legfontosabb alapismereteket tartalmazza, s erre a célra — az ottani tanmenet kívánalmait szerint — kitűnően meg is felel. Külön érdeme a kiadványnak, hogy a könyv alakja, szedése didaktikai szempontból kiváló. A két kis alakú kötet jól kezelhető, s a szöveg legfontosabb részei, vastagbetűs szedésük miatt annyira szembevetődnek, hogy ez nagy segítséget jelent a hallgatók számára a szemináriumokra, gyakorlatokra és vizsgákra való felkészülésben.

Lengyel Anna dr.

Oeken, F. W.: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1975. 256 oldal, 86 ábra. Ára: 10,80 DM.

A könyv előszavában a szerző hangsúlyozza, hogy hallgatók számára a szakma legfontosabb részeit rövid, áttekinthető formában kívánta összefoglalni. Ez sikerült is. A könyv a következő főbb fejezetekre tagolódik: 1. Bevezető rész, 2. Gyakran fellépő akut és a chronikus gyulladások, 3. Nagytüdőhártya, 4. A hang és beszéd betegségei, 5. Traumatológia, 6. Sürgős esetek, 7. A vizsgálóeljárások áttekintése, 8. Anatómiai ábrák.

Újszerű és összehasonlító szempontból jól hasznosíthatók az 1.

fejezetben ismertetett rövid, morbiditástatisztika adatai. Igen jók a fejezetek végén található néhány soros összefoglalások, melyekben még egyszer felhívja a figyelmet a megbetegedés veszélyeire (pl. chron. otitis, melléküreg-gyulladás) és kihangsúlyozza, mely esetekben vagy mely tünetek esetén kell feltétlenül szakorvoshoz küldeni a beteget. Az egyes beavatkozásoknál is kihangsúlyozza, melyeket végezhet el minden orvos, és melyeket kell szakorvosra bízni. Több helyen is kitér arra, hogy az ismétlődő banális panaszok mögött is lehet komoly elváltozás, ezeket mindig ki kell zárni (pl. garatpanaszok, glóbus érzés hátterében tumor, szédülés hátterében chronicus otitis). Nyomatékkal szól az antibiotikum esetleges elfedő hatásáról, otitis esetében.

Külön dicsérendő — és a könyv egész jellegét meghatározza — a gazdag ábraanyag, mely a legtöbb esetben ábrával illusztrált táblázatnak felel meg. A visualis rögzítés eszközével ily módon számos felsorolást, csoportosítást, differenciáldiagnosztikai összefüggést tesz könnyen megérthetővé és érthetővé (pl. középfülgyulladás szövdményei, mastoiditis formái, hangvilla vizsgálatok, nyaki duzzanatok okai stb.). A szerző az otogén agytályog sebészeti ellátásában, a neurochirurgiai módszer teljes elvetésével kissé kategórikusan a fülészeti ellátás mellett tör lándzsát. Az anatómiai összefoglalást a könyv utolsó fejezete tartalmazza ábrák formájában. Ezek jól áttekinthető módon a legfontosabb részeket tartalmazzák.

Összességében, az igen jól súlypontosított és a visualis rögzítés fontosságát is szem előtt tartó mű, nagyon jó alapot ad az orvostanhallgatóknak a szakma legfontosabb részeinek megismeréséhez, de hasznosan forgathatják az általános orvosok is.

Tolnay Sándor dr.

Az I. Magyar Finomkerámiai Ipari Munkaegészségügyi Ankét. Kiadta az Alföldi Porcelángyár. Hódmezővásárhely, 1975. 111 oldal, 11 kép, 22 ábra, 15 táblázat. Ár nélkül.

Hódmezővásárhelyen 1974. június 21—22-én volt az I. magyar finomkerámiai ipari munkaegészségügyi ankét és annak résztvevői elhatározták, hogy az általános tájékoztatás javítására az ott elhangzottakról monográfia készüljön.

Bevezető előadásában Berencsi

György dr. egyetemi tanár vázolta a kerámiaipar munkaegészségügyének történelmi fejlődését, a finomkerámia különböző munkaterületein dolgozók egészségét károsító ártalmakat. Két-két előadásban foglalkoztak a por-exposícióval, a hőterheléssel, ill. a zajártalommal, három előadásban pedig a vegyi ártalmakkal.

A porártalommal kapcsolatban a gabonaiparban dolgozókon az ornyálkahártya porterhelése következtében kialakult elváltozásokat vizsgálták. A porártalom mértéke szerint a dolgozók 40—17%-án szárazba hajló ornyálkahártyát, az alsó orrkagylóban pedig 92—37%-ban a csillósörös aktivitás csökkenését észlelték. Szárazba hajló ornyálkahártya esetén 74,4 százalék panaszokodott köhögésről.

Silicosis-veszélyes a porcelángyári munka is, főleg korongosokban 15—20 évi porártalom után. Hazánkban legutóbb 231 silicosisos porcelángyári dolgozót tartottak nyilván, ami silicosisos betegeink 5—6%-a. A silicosis prognózisát a beteg cardiorespiratorikus állapota határozza meg. Nagyon fontos a betegség korai kórismézése: az enyhe stádiumban levő folyamat terjedése ugyanis a porártalom megszüntetésével megelőzhető. A légzésfunkció csökkenése nem mindig arányos a silicosis röntgenológiai stádiumával, hanem inkább az obstructiv hörghurut, hörgőtágulat és egyéb károsító tényező következménye. Mivel a silicosist gyógyítani ma sem tudjuk, fontos a poros levegőben dolgozók folyamatos szűrővizsgálata, a megelőzés és a betegek gondozása.

Munkaéleti vizsgálatokat végeztek porcelángyári alagútke-mencéket kiszolgáló 5 dolgozón, akik 67, ill. 93 C-fok levegőhőmérsékletű munkahelyen nem szellőztetett és szellőztetett hővédő ruhában karambolhelyzetnek megfelelő tevékenységet folytattak. Az adott megterhelés azbeszt és alumínium hővédő ruhában elégtelen volt, a hűtő-szellőztetéssel ellátott alumíniumfóliás hővédő ruhákban viszont a tényleges megterhelés lényegesen csökkent. Az utóbbi hővédő ruhán végzett néhány módosítással annak hatásfoka tovább javítható volt.

A zajártalom elleni küzdelemmel kapcsolatosan a különböző üzemi audiológiai egységekben szerzett tapasztalatok alapján szükségesnek látszik a hallásgondozás központilag irányított országos feladattá való szervezése. A zajmérő csoport megállapítása sze-

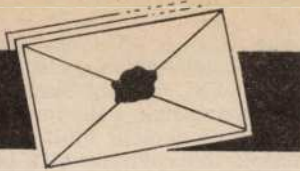
rint az Alföldi Porcelángyárban a munkahelyeknek több mint a fele a II. veszélyességi kategóriába tartozik, ami azt jelenti, hogy az ott dolgozók 5 éven belül egyéni zajvédő eszközök viselésére szorulnak. A vizsgált dolgozók 23 százalékában a megengedett 12 decibelnél nagyobb hallásküszöb-emelkedést észleltek, 27%-ban pedig olyan halláskárosodást találtak, ami további szakorvosi vizsgálatot igényelt.

Borsod megye 3 finomkerámia-gyárában a felújítás után a munkaegészségügyi viszonyok lényegesen javultak ugyan, azonban az egyes üzemekben a porártalom és az ólomtartalmú festékek által okozott foglalkozási megbetegedések veszélye továbbra is fennáll. A porcelángyári étkészletekből, különösen pedig a szilvalekvár tárolására használt mázas köcsögökből több esetben a megengedettnél nagyobb mennyiségű ólom kioldódását észlelték. 1972-ben az Alföldi Porcelángyár több dolgozója heveny ólommérgezéssel kórházba is került s emiatt a nem megfelelő technológiájú üzemet leállították és felújították. Jelen-tős ólomfelszívódásra utaló koproporphyrinuria még ezután is kimutatható volt.

Az I. magyar finomkerámiaipari munkaegészségügyi ankéton megtartott kerekasztal-megbeszélésen megállapították, hogy a kerámiaiparban silicosis-veszély még ma is van. Ennek csökkentésére tovább kell javítani a porártalmas üzemekben a technológiát, rendszerezíteni kell a dolgozók szűrővizsgálatát, pormérő csoportokat kell kialakítani. A még mindig meglevő hőártalom csökkentésére biztosítani kell a megfelelő hővédő ruházatot. A zajártalom csökkentésére szorgalmazni kell az egyéni védőfelszerelések beszerzését és ellenőrizni kell azok használatát. Korszerű audiológiai hálózatot kell kialakítani. Az ólom-mázas edények gyártására megfelelő szabvány kialakítását kell szorgalmazni. Modern módszerekkel kell mérni a kerámiaipar termékeiből kioldódó vegyianyagok mennyiségét. Szabályozni kell ilyen üzemekben a terhes nők foglalkoztatását.

A szép kiállítású könyv angol, német és orosz nyelvű összefoglalót is tartalmaz. Hasonló ankét szervezése és könyv kiadása lehetővé tenné más munkaterületeken dolgozók számára is, hogy munkaegészségügyi problémáikat megbeszélhessék és javaslataikat írásban is továbbadhassák.

Pongor Ferenc dr.



A „táppénzesek”-ről.

T. Szerkesztőség! Napjaink aktuális problémája, részben kényes kérdés is, ezért kell megvitatni. Természetesen az alábbiak, a táppénzállományban levő betegek nagy csoportjából, azoknak csak egy kisebb részére vonatkoznak.

Ismeretes, hogy tbc-s betegnél a maximális táppénzidő két év; maradandó destruktív esetén leszállékolják. A betegek egy részénél ez abban tudatosodik, hogy mindenki így van.

1. Az első csoportba sorolhatjuk tehát a jóhiszeműeket.

2. A második csoportba oszthatjuk a hypochondereket; ők régi gyógyult betegek, akik a legkisebb megfázáskor, hátfájáskor attól félnek, hogy visszaestek és felkeresik a gondozót, esetleg pihenést kérve. Többnyire jóhiszemű és jóindulatú emberek.

3. A harmadik csoportba sorolnak okkozzák a nehézséget, mert ők indokolatlan esetben is pihenni szeretnének és egyéb otthoni dolgukat akarják elvégezni, táppénzállományban. ők is tudják, hogy elváltozás van a tüdejükben és ismerik a visszaesés lehetőségét is, melyre hivatkoznak. ők etikátlannak és — nevezzük nevén a „gyermeket” — táppénzcsalók, mert megcsalják a társadalmat sőt a munkatársaikat is! Egy részük demoralizált alkoholisták és közismert munkakerülő.

Mi az orvosok hozzáállása a fentiekben felsorolt beteg-típusokhoz?

Az első két csoport meggyőzése barátságos beszélgetéssel, könnyű feladat.

Érdekes a beteg pszichéjének változása: a szűrővizsgálattal frissen felfedezett nem hiszi el betegségét, kórházba is nehezen megy el. A hosszú kezelés alatt megszokja a semmittevést és mikor már munkába állítható, alig akarja ezt a javaslatunkat elfogadni; a fenti beosztásunk szerint máris a harmadik csoportba került.

A beteg viselkedésének az enyhe ellenállástól az agresszióig, széles skálája van.

Annak ismeretében, hogy az inaktív tbc-st is, fogyás, fáradékonyság miatt humánus cselekedet pihentetni — ebben semmi szabálytalanság nincsen — a nyugalomszerező orvos kerüli a vitát és táppénzállományba veszi. Ez igen hasznos a betegre nézve, ha csak néhány hétről van szó. Viszont gyakran előfordul, hogy a beteg otthon „fuszik” és jól megy neki az „üzlet”; bemondása szerint csak nem javul állapota. Munkába állásra való sürgetésünkre kialakul nála a célneurózis és ha munkába állítjuk úgy érzi, hogy nagy igazságtalanság tör-

tént vele. Egyesek a legkülönbözőbb fórumokhoz fellebbeznek és mindent elkövetnek, hogy munkába állításukat elkerüljék.

Most térjünk rá a betegek hálájára és a „hálapénz”-re!

„Pecunia non olet” — vélte Vespasianus császár — szerintem a hálapénz gyakran „bűzik” az előnyszerzéstől, pedig ekkor már megvesztegetés a neve és semmi köze a hálához!

A gondozók körül nem terjeng ez az „illat”. Vannak, akik a táppénzállományban levők emelkedését kizárólag a beteg—orvos közötti anyagi összefonódással magyarázzák — kétségtelen, hogy ez is előfordul —, de a legfőbb oka egyeseknél a munkamorál-csökkenés.

Ez a vád minket alig érhet, mert a tbc-s beteg — ritka kivételtől eltekintve — nem hálás. Ennek több oka is van: 1. az évekig tartó kezelés alatt hozzászokott ahhoz, hogy mindent megkapott — a legdrágább gyógyszereket is — ingyen. 2. ennek ellenére nem szereti a gondozót, mert ez az intézmény őt a tbc-jére emlékezteti, ami a betegek szemében ma is szégyelni való betegség. Ezért nem haragszom én azokra a gyógyult betegeimre, akik az után félrefordítják fejüket és nem ismernek meg. 3. sokszor pedig azért neheztelnek ránk, mert meggyógyítottuk őket és ezzel meghíúsítottuk leszállékolási reményüket.

A tbc miatt táppénzállományban tartott betegek száma nem nagy, sőt évről évre csökken, de magas a táppénzben töltött napok száma.

Ez utóbbi mutatót is csökkenthetjük a jó együttműködéssel, mely a gondozó orvosa, ellenőrző főorvos és a kórházi osztályok között kell, hogy legyen.

En nem haragudnék meg, ha a kórházi zárójelentésben rajta lenne, hogy előreláthatóan, mikor lesz a beteg munkaképes. Erős „adu” lenne ez a kezünkben a havi táppénz-ellenőrzés alkalmával.

Az otthonában „fusító” táppénzcsaló ellen pedig alkalmazni kell a betegellenőrlátogatást. Aki otthon tud dolgozni, az a munkahelyén is tud és nem haragudhat meg a munkába állításért!

Az orvos ne fedezze, hanem leplezze le a táppénzcsalót! Ennek viszont alapfeltétele az, hogy ne legyen az orvos—beteg között anyagi összefonódás; a táppénzállományban levő betegről „hálapénzt” elfogadni nem szabad!

Szungyi Zoltán dr.

Az újszülöttek hosszmeretének pontatlan meghatározásáról.

T. Szerkesztőség! Felhívom az orvosok figyelmét arra, hogy az

újszülöttek testméretét az utóbbi időben helytelenül határozzák meg. Egyetlen héten négy, különböző helyen született újszülöttnél a következőket tapasztaltam: 2600 g-os újszülöttnél 54 cm-es testhosszt, 3600 g-osnál 58 cm-t, 3400 g-osnál 56, 2400 g-osnál pedig 53 cm-t tüntettek fel a zárójelentésben. 1 héttel a születés után ezeken az újszülötteknél 48, 53, 52, 47 cm-t mértem, ami a használatos méretábrázolatoknak meg is felel. A zárójelentésben feltüntetett túlzott hosszmeretek alkalmasak talán arra, hogy a szülők örömet nőveljék, de ha valóban ilyen hosszú lenne az újszülött, elszörnyedve nézegetnénk az aránytalan jövővényt.

A testhossz mérésének egyik célja a helyes fejlődés regisztrálása. Ilyen túlzott méretek esetén már a szülésznőnek, de különösen az újszülöttosztály orvosának fel kellene figyelnie a fejlődés anomáliájára. Ha ez nem történik meg, akkor vagy nem ismerik a fiziológias méreteket, vagy maguk is tisztában vannak saját adataik megbízhatatlanságával, értékelhetlenségével. A mérések másik célja: adatok gyűjtése, amiből előbb-utóbb statisztikai módszerekkel az újszülöttpopuláció méretei meghatározhatók, új testméret-táblázatok állíthatók össze. Rossz rágon gondolni, mi lesz, ha valaki ezt egyszer esetleg megteszi...

Jobb lenne, ha inkább egyáltalán nem mérnék meg a méreteket. Megtévészítő számadatok feltüntetése a mi szakmánkban nagyon nagy hiba, mert félrevezet, teljesen hamis vágányra terelheti a diagnosztikát. A hibásan meghatározott és feltüntetett méretek talán nem vezetnek súlyosabb, komolyabb következményekhez, de tisztességtelen és okatlan dolog félrevezetni a szülőket és a gyermekorvosokat. Később a szülők maguk is megméri a csecsemőjüket és ijedten konstatálják: 1—2 hónap alatt semmit sem növekedett a gyermekük, sőt esetleg egy-két centimétert még össze is ment... Ilyenkor a gyermekorvos zavarban van, mert vagy figyelembe veszi a szülőintézet írását, vagy kénytelen megmondani a szülőnek: a zárójelentésben pontatlan adatot közöltek az újszülöttről.

Sokkal nagyobb figyelmet kell fordítani az újszülöttek mérésére.

Bogárdi Mihály dr.

A Lyell-syndroma egy további adatáról.

T. Szerkesztőség! Várkonyi Viktória és mtsai Salazopyrin okozta Lyell-syndromát ismertették a Hétlap hasábjain (1976, 117, 971.). A magyar irodalomban széles körben idézik — ez igen öröndetes. A teljesség nem mindig elérhető. De útmutató és a gyakorlatban fontos

következménnyel járó munka ne maradjon ki az idézetek sorából. Ilyen közlemény jelent meg Tóth Gabriella, Dudás Pál, Pausch Ilona és Vincze Erzsébet szerzőktől az Orvosi Hetilapban, 1964-ben Adaxicosis tünettanához. Stevens—Johnson tünetegyüttes.

Farkas Éva dr.

T. Szerkesztőség! Farkas Éva dr. „Salazopyrin okozta Lyell-szindróma” c. közleményünkhöz fűzött hozzászólását nagyon köszönjük. Nem vitatható, hogy az erythema exsudativum multiforme és annak súlyosabb válfaja a Stevens—Johnson-szindróma aetiológiai, és bizonyos vonatkozásban klinikai szempontból is közel áll a Lyell-szindrómához, de ez utóbbit ma már különálló nosológiai egységnek tekintik. A gyógyszerek hatására létrejövő, — az esetek többségében allergián alapuló — mechanizmuson alapuló — bőr- és nyálkahártya elváltozásoknak különböző klinikai megjelenési formái vannak. Egy kazuisztika kapcsán nem térhettünk ki az egész tünetkomplexum irodalmára, így annak magyar vonatkozásaira sem.

Közleményünk célja azonban nem a sulfonamid túlérzékenység különböző megnyilvánulási formáinak ismertetése volt, hanem az orvosok figyelmét kívántuk felhívni az anamnesis fontosságára, különös tekintettel a gyógyszer túlérzékenységre.

Várkonyi Viktória dr.

Akut leukaemiás betegek kezelése.

T. Szerkesztőség! Mód, Poros és Hollán több szempontból is mintaszerű közleménye (Orv. Hetil. 1976, 117, 1503—1510), melyben felnőttkori akut leukaemiák kezelésében az elmúlt négy év alatt elért eredményeiket ismertetik, indított bennünket arra, hogy röviden saját, azonos anyagunk főbb adatait ezúton közöljük.

Jelenleg kezelt betegeinket nem vettük fel az anyagba, így 33 meghalt akut leukaemiában szenvedő betegünkről adunk számot. Életkoruk a diagnózis felállításakor 15—71 év volt, átlag 39 év. Mindössze 3 volt lymphoblastos, a többi 30 granuloblastos.

Idült granulocytás leukaemia,

vagy más ún. myeloproliferatív folyamat kapcsán megjelenő „blastos átalakulás”, ún. oligoblastos („smoldering”) esetek, valamint hypercelluláris csonevelő idült pancytopeniások (boncoláskor 61%-uknak — 24/39 — volt akut leukaemiája vagy malignus haematológiai folyamata) nem szerepelnek anyagunkban. Utóbbi folyamatok prelűdje 1—2 évig is eltarthat, s szerepeltetésük a statisztikát nagymértékben javítaná. Ilyen esetek szerepeltetésének helyességét nem könnyű eldönteni: ha ugyanazt a beteget, megfelelő előzmény nélkül, folyamatának késői fázisában kapjuk, probléma nélkül sorolhatjuk az akut leukaemiák közé.

Betegeinket egyik kezelési sémára szerint se kezeltük, hanem az elismert, hatékony szereket a csontvelő blast-tartalmának alakulása szerint individuálisan kombináltuk, előbb legalább két indukciós-kezelést, majd fenntartó és reindukáló kezelést alkalmazva, esetenként változóan. Több szerzőcsoport tapasztalta, hogy az erőlyes, kombinált kezelési sémák keresztülvitele növelheti a cytostatikum-ártalom következtében elvesztett betegek számát. István és Marton legújabb közleménye hazai példát szolgáltat (O. H. 1976, 117, 1623—1628.). Hat hónapról hosszabb élettartamú, remisszióban levő betegeinket szabályszerűen igyekeztünk ún. meningeális megelőzésben részesíteni, ez azonban a betegek egy részének ellenállása miatt (kopasszá válás, ismételt lumbális csapolások) csak részben sikerült. Ün. immuntherápiát nem alkalmaztunk.

Szeptikus vagy elhúzódóan 1000 alatti granulocytaszámú betegeinket ún. pathogen-szegény kórteremben izoláltuk, ellenőrzött pathogen-szegény ellátással, táplálással és környezettel (belépő dekontraminációja), valamint hetenként két napon át szabályszerűen ismételt enterális dekontraminációval (fel nem szívódó, erőlyes antibiotikum per os) és preventív antimykotikum alkalmazásával (Canesten). Transzfúziók adását a készítmények előzetes in vitro irradiációja előzte meg. Granulocyta- és thrombocyta-szuszpenziót aránylag ritkán alkalmaztunk.

A 33 meghalt beteg átlagélettartama 11 hónap volt, s közülük többen tartósan visszatérhettek eredeti

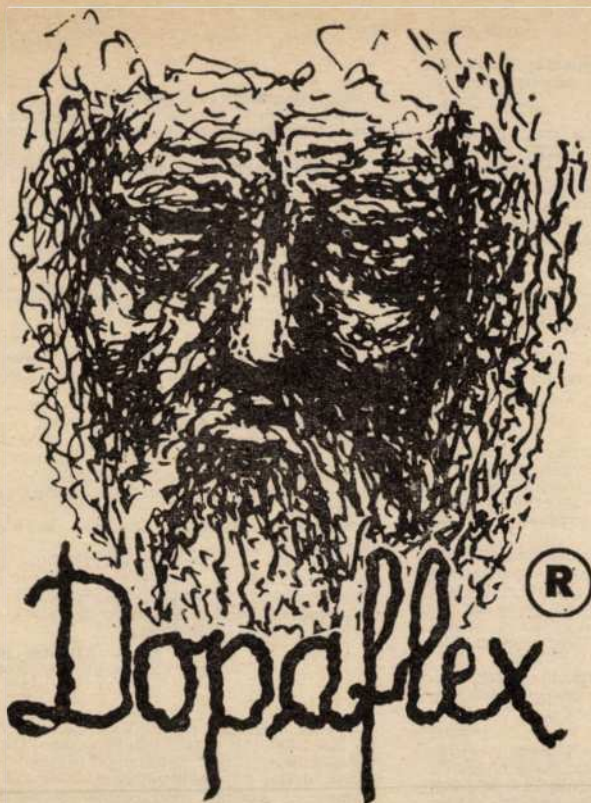
munkahelyükre. A legrövidebb élettartam 1 hónap, a leghosszabb 28 hónap volt. Minden megkezdett naptári hónapot egy hónapnak számítottunk, a folyamat kezdetekor és végén egyaránt. (A lymphoblastos betegek 6, 17 és 19 hónapig éltek.) Tizenkét betegünk halt meg az első félévben, viszont betegeink 42%-a (14/33) élt egy évvel a folyamat felismerhető kezdete után. A fél évig vagy rövidebb ideig élt betegek kora átlag 48,5 év volt (35—71), míg az egy évig vagy tovább élt betegeké átlag 36 év (15—52). Az első remisszió tartama 30—210 nap volt. Teljes klinikai és haematológiai remissziót 11, részleges szinten 11 esetben értünk el, míg ugyancsak 11 esetben kielégítő remisszió nem volt.

Tekintettel arra, hogy Mód, Poros és Hollán anyagában a szeptikus fertőzések jelentették a fő limitáló tényezőt, mérlegelhető, hogy ún. pathogen-szegény egységünk eredményeinket javította. Bár az ilyen egységek szükségességét néhány kétségbe vonták, talán valamivel több a kedvező eredményeket tartalmazó közlés. A kérdés azonban nem lezárt, betegeink kis része nem feküdt ezen az osztályon, s a mi egységünk működése se olyan még, amilyennek azt képeltük.

Kelemen Endre
Szalay Ferenc
Csillag József
Koller Oszkár

T. Szerkesztőség! Köszönjük Kelemen Endre dr. és mtsai munkánk kapcsolataiban írt értékes hozzászólását. Nagy érdeklődéssel olvastuk szép eredményeiket és egyetértünk abban, hogy a pathogen-szegény környezet előnyös az akut leukaemiás betegek kezelésében. Sajnos ez a bel- és haematológiai osztályok jelenlegi túlszűfolttsága miatt általában nem valósítható meg. Véleményünk szerint a felnőttkori AL kezelését egységes elvek szerint olyan osztályokon kell végezni, ahol kellő számú szakmai tapasztalattal és a terápiás hatás ellenőrzéséhez, az intercurrent fertőzések és vérzések leküzdéséhez minden korszerű eszközzel rendelkeznek.

Mód Anna dr.
Poros Anna dr.
Hollán Zsuzsa dr.



tabletta levodopa

Parkinson-kór és különböző, nem gyógyszeres aetológiájú Parkinson-syndroma, továbbá minden olyan hypo- vagy akinesis esetében, mely nem a hangulati élet vagy tudatzavar (pl. depressio, somnolentia) talaján alakul ki.

ELLENJAVALLATOK: Súlyos, dekompenzált endokrin, hepaticus, renális, kardiális és pulmonális megbetegedésekben, továbbá súlyos neurózis, glaukoma, vér-dyscrasia és pszichózis eseteiben. Terhes és szoptató anyáknak, továbbá 12 éven aluli gyermekeknek a készítmény szedése nem ajánlatos.

ADAGOLÁS: A gyógyszer adagolása, ill. a kezelés félbeszakítása csak a napi adagok fokozatos növelésével, ill. csökkentésével történhet. Az adagok nagyságát szakorvos határozza meg. Általában:

1. és 2. nap 250 mg ($\frac{1}{2}$ tabl.; $2 \times \frac{1}{4}$ tabl.)
3. és 4. nap 500 mg (1 tabl.; $4 \times \frac{1}{4}$ tabl.)
5. és 6. nap 750 mg ($1\frac{1}{2}$ tabl.; $6 \times \frac{1}{4}$ tabl.)
7. nap 1 g (2 tabl.; $4 \times \frac{1}{2}$ tabl.) étkezés közben.

A dózis fokozatosan növelhető 6–8 tabl./die mennyiség; szükség esetén napi 12 tabl., sőt több is adható.

A Dopaflexszel végzett kezelést tartósan, kúraszerűen kell alkalmazni. Más antiparkinsonicumokkal végzett együttes kezelés esetén az adagokat nem kell feltétlenül csökkenteni.

MELLÉKHATÁS: Az adagok nagyságától és az egyéni toleranciától függően: hányinger, hányás, álmoság, étvágytalanság, feszültségérzés, hypotensio. Kivételesen előfordulhat orthostatikus collapsus és szívrythmus-zavar. Túladagolás esetén choreoathetotikus mozgászavar, hallucináció és leukopenia jelentkezhet. Ritkábban pszichózisra emlékeztető tünetek, depresszív paranoid állapot, ill. hypomania (pl. fokozott szexuális ösztönzés) észlelhető. A mellékhatások a kezelés során néha az adag átmeneti csökkentésével megszűnnek, ill. tolerabilissá válnak. Ellenkező esetben a kúrát fokozatosan félbe kell szakítani.

FIGYELMEZTETES: B₆-vitaminnal, továbbá MAO-inhibitorokkal együtt nem adható. A Dopaflex adagolásának kezdése előtt két héttel a MAO-inhibitor adagolását be kell szüntetni.

A Dopaflex a sympathicomimeticumok effektusát erősíti, ezért az azokkal való kombinálás különös elővigyázatosságot igényel; ellenjavallatuk esetén Dopaflex sem adható.

A neurológiai, a pszichés és a belgyógyászati státust somatikus és laboratóriumi vizsgálattal időnként ellenőrizni kell (vérkép, máj- és vesefunkció).

Érzéstelenítés alkalmazása előtt 24 órával a Dopaflex-adagolást be kell szüntetni.

Folyamatos kezelés ideje alatt (ill. a gyógyszer bevétele után 8–10 órán belül) járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni, szeszes italt fogyasztani tilos.

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján szakrendelések szabadon rendelhetik, ill. csak szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhető.

50 db 500 mg-os tabl. 220,— Ft.

Égyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(235)

Az Ajka Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet 1 fő fogszakorvosi állásra (Úrkút községben).

Az állás azonnal betölthető. Pályázatot a szolgálati út betartásával a Kórház igazgatójához címezve kell benyújtani.

Az álláshoz szolgálati lakás biztosított.

Kövy Tibor dr.
kórházig. ter. helyettes

(236)

A Nógrád megyei Tanács Kórház II. Pászti Igazgatója pályázatot hirdet az alábbi állásokra: 1 fő E 109 belgyógyász, 1 fő E 109 szülész-nőgyógyász orvosi állásra.

Az állások illetménye 2400 Ft. Lakást kórházon belül biztosítunk.

Kovács Bertalan dr.
Kórház-Igazgató

(237)

A Nógrád megyei Tanács VB. Pásztói Járási Hivatalának Eü. Osztály Vezetője és az alsótoldi község Közös Tanács pályázatot hirdet a haláleset miatt megüresedett cserhátszentiváni körzeti orvosi állásra.

Illetmény kulcsszám szerint + 550 Ft ügyeleti díj és 800 Ft útiállomány. Két-szobás lakás rendelővel, garázzsal biztosítva. Hétvégi központi ügyelet megszervezve.

Kovács Bertalan dr.
Járási Főorvos

(238)

Nagykőrös Városi Tanács VB egészségügyi osztály vezetője pályázatot hirdet szakorvosi rendelőintézet igazgató-főorvosi állásra. Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Illetmény a 18/1971. EüM-MüM. sz. együttes utasításban foglaltaknak megfelelően.

Domján Gyula dr.
eü. oszt. vezető

(239)

A Borsod-A-Z. megyei Tüdőgyógyintézet igazgató-főorvosa (3780 Edelény, pf. 39.) pályázatot hirdet 2 fő tüdő- vagy belgyógyász másodorvosi állásra. Szakképzetlen jelentkező esetén, mind a tüdő-, mind a belgyógyász szakvizsga megszerzésére lehetőség van.

Bérezés a kulcsszámnak megfelelően maximális bérezzel. Az intézetben összkomfortos férőhely rendelkezésre áll, családi lakás esetén később szolgálati lakás a községben biztosítható.

Az állások azonnal elfoglalhatók.

Kraszko Pál dr.
igazgató-főorvos

(240)

Karcag Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet a kórház körbonctani és kórszövettani osztályának áthelyezés folytan megüresedett osztályvezető főorvosi üres állás betöltésére.

Az állás betöltéséhez körbonctani szakorvosi képesítés szükséges. A pályázatot elnyerő főorvos részére személyi fizetést állapított meg. A kórház jelenleg 580 ágygal működik. Az álláshoz 2 szoba, összkomfortos tanácsli lakás kiutalását tudom biztosítani.

Mikola Zoltán dr.
igazgató-főorvos

(241)

Nyírábrány Községi Tanács elnöke (4264 Nyírábrány, Ábrányi Kornél tér 6.) pályázatot hirdet a Nyírábrány községben megüresedett II. sz. körzeti orvosi állásra. Az állás javadalmazása a 18/1971. EüM-MüM sz. együttes utasítás szerint, ügyeleti díj, fuvarátalány. Három szoba összkomfortos (hideg-meleg víz), garázsos lakás van, amely azonnal beköltöztethető. A község Debrecenről 30 km távolságra van. A rendelés ügyeleti rendszer-

ben történik. Az állás azonnal elfoglalható.

Zolnai Lajos
tanácselnök

(243)

A Budapest XIV. ker. Tanács V. B. Apáthy István Területi Gyermekkórház Gyermekszakrendelőjének igazgató-főorvosa (Budapest XIV. Ida utca 6.) pályázatot hirdet egy ifjúsági orvosi állásra.

Az állás elnyeréséhez gyermekgyógyász, vagy belgyógyász szakképesítés szükséges.

Bérezés szolgálati időtől függően a 18/1971. EüM-MüM együttes utasítása alapján.

Pintér Gizella dr.
rend. int. ig. főorvos

(244)

A Bajai Városi Járási Kórház igazgatója pályázatot hirdet az alábbi orvosi állásokra:

1. Gyermekszakorvosi állás, bácsalmási rendelőintézeti munkahelyen.

Besorolás és bérezés a 18/1971. EüM sz. (Eü. K. 1971. június 1. sz.) utasításnak megfelelően, szolgálati időtől függően. Orvosházaspár jelentkezők előnyben részesülnek.

Fogszakorvosi állás Madaras községben.

Besorolás és bérezés a 18/1971. EüM sz. (1971. június 1. Eü. K.) utasításának megfelelően, szolgálati időtől függően.

Szolgálati lakás mindkét álláshoz a munkahelyen biztosított.

Maros Tivadar dr.
kórházigazgató-főorvos

(245)

A Vas megyei Tanács V.B. Celldömölki Kórházának igazgató-főorvosa (9500 Celldömölk, Nagy Sándor tér 3.) pályázatot hirdet egy belgyógyász szakorvosi állásra, a kórház belgyógyászati osztályára.

Szakorvos hiányában kezdő orvos jelentkezését is elfogadjuk.

Illetmény kulcsszám szerint, lakás helyszíni megbeszélést képez.

Marosfalvi Ferenc dr.
kórház ig. főorvos

A ritka természeti adottságok alapján keletkezett gyógyforrások, gyógyiszapok széles körű felhasználásának gátat vet a helyhez kötöttség. Ezen segítünk oly módon, hogy a gyógyiszapot kompresszekbe csomagolva a beteg otthonába visszük.

A már jól ismert hévízi rádiumos iszapkompressz mellett a gyógyszerárakban kapható:

„MAROSI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ”

Az Országos Közegészségügyi Intézet vizsgálatai alapján a marosi gyógyiszapkompressz forgalomba hozatalát az Egészségügyi Minisztérium engedélyezte. A vizsgálatok igazolták, hogy a marosi iszap hatásában azonos a hévízi iszapével.

A peloidok indikációs területe elsősorban a subacut és krónikus mozgásszervi folyamatokban van. Indikációs területe széles. Iszapkezeléseket alkalmazhatunk: arthrosisok, krónikus izom- és perifériás idegbetegségek, arthralgiák, krónikus arthropathiák, M. Bechterew, fibrositisek, arthritis urica rohammentes időszakában, tendovaginitisek, posttraumás állapot, baleseti sérülések utókezelésére.

Acut folyamatokban alkalmazásuk kontraindikált, mivel az intenzív melegítés aktiválólag hat a folyamatokra. Kontraindikált ezenkívül cardialis decompensatio, hypertonia, súlyos bőrbetegségek, nyílt sérülés, rosszindulatú tumor, láz, fertőző betegségek esetén.

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján a szakrendelések minden megkötöttség nélkül rendelhetik.

A marosi iszapkompressz ötféle alakban van forgalomban, így számozás szerint az alábbi testrészekre applikálható:

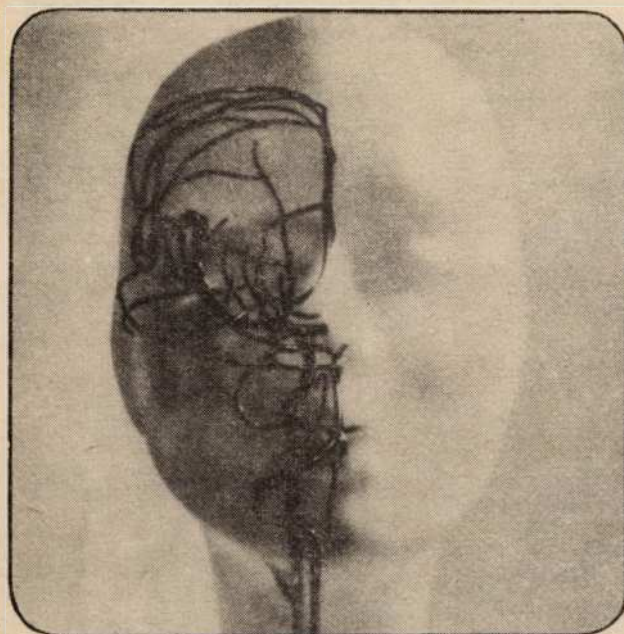
- I. sz. hát – váll, felkar – mell
- II. sz. derék – végtag
- III. sz. lábfej – boka (csizma)
- IV. sz. kézfej – csukló
- V. sz. has (főleg gynecológiai területen)



SANDOMIGRAN[®]

drazsé

migraine-prophylacticum



HATÁS

A Sandomigranra jellemző a biogénaminokra, különösen a serotoninra kifejtett polyvalens gátló hatás.

A rohamok frekvenciáját csökkenti, így alkalmas a migraine kúraszerű kezelésére.

A Sandomigran sajátossága a nyújtott hatás.

ÖSSZETÉTEL

Pizotifenum 0,5 mg (0,73 mg hidrogen-malát alakjában) drazsénként.

JAVALLATOK

Migraine és migraine típusú fejfájások megelőzése: tipikus és atipikus migraine; vascularis eredetű fejfájások, Horton-syndroma kezelhetők a legelőnyösebben Sandomigrannal. Kevésbé eredményes a tenziós, psychogen, posttraumás fejfájások esetén.

Az akutan kialakult migraines rohamot nem befolyásolja.

ELLENJAVALLATOK

Tekintettel a parasympatholyticus hatás-komponensre: glaukoma; prostata hypertrophia; továbbá terhesség; MAO-bénítók egyidejű alkalmazása.

ADAGOLÁS

A napi adagot lépcsőzetesen célszerű emelni, az alábbi táblázat szerint:

	1-2	3-4	5... nap
REGGEL	—	—	1 drazsé
DÉLBEN	—	1	1 drazsé
ESTE	1	1	1 drazsé

Az esetek többségében az 5. naptól napi 3×1 drazsé adható. Makacs esetekben a napi adag lépcsőzetesen 3×2 , 3×3 drazséra emelhető.

MELLEKHATÁSOK

A fenti adagolási tájékoztató betartása esetén csak ritkán lép fel enyhe sedativ hatás, mely többnyire 1-2 heti kezelés után megszűnik. Egyes esetekben testsúlynövekedés figyelhető meg, mely az étvágy fokozódásának eredménye.

FIGYELMEZTETÉS

A Sandomigran alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért főleg járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által – az egyéni érzékenységnek megfelelően – előírt adagban szedhetik. Alkalmazásának időtartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani, nyugtatók szedése kerülendő.

CSOMAGOLÁS

30 db drazsé

Ára: 89,50 Ft

MEGJEGYZÉS ✱

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján az illetékes orvos két példányban („másolat”-tal) kiállított vényen rendelheti.

**ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR,
TISZAVASVÁRI**

SANDOZ A.G. – BASEL licencia alapján



Az Orvostovábbképző Intézet Tudományos Bizottsága 1976. szeptember 16-án (csütörtök) 14 órakor, az intézet kultúrtermében (XIII. Szabolcs u. 35.) tudományos ülést rendez.

Tassonyi Edömér dr.: A szülési fájdalom epidurális érzéstelenítése.

Krasznai Péter dr.: Szülésvezetés epidurális érzéstelenítésben.

Az Orvostovábbképző Intézet Tüdőgyógyászati Tanszéke 1976. szeptember 17-én Mátraházán, az Állami Tüdőgyógyintézetben „A tüdőtuberculosis korszerű kezelése” címmel kerekasztal-konferenciát tart.

1. **Böszörményi Miklós dr.:** Bevezető.

2. Kerekasztal-konferencia
Moderátor: **Böszörményi Miklós dr.**

Résztvevők: **Balla József dr., Balogh Oszkár dr., Bogdándy Emil dr., Nádas Antal dr., Pusztai János dr., Ungár Imre dr.**

A IX. ker. Tanács Merényi Gusztáv Kórház—Rendelőintézet Tudományos Köre 1976. szeptember 16-án, 14 órakor, a Kórház—Rendelőintézetben (IX. ker. Gyáli út 17—19.) tudományos ülést tart.

Horváth Győző dr.: Vesekőbetegségek.

Hardicsay Gábor dr., Horváth Győző dr.: A vesekőoldás lehetőségei.

Zsiros Ildikó dr., Horváth Győző dr.: Uricult-tal szerzett tapasztalataink.

Kultsár Barnabás dr., Grynaeus Tamás dr.: Epilepsia-gondozás rendelőintézetünkben.

A Debreceni Orvostudományi Egyetem 1976. szeptember 17-én, délután 16 órakor, az I. Belklinika tantermében tudományos ülést tart.

1. **Kostenszky Katalin dr., Oláh Éva dr.:** A Prednisolon kezelés hatása a támasztószöveti alapállományra (20 perc).

2. **Schlamadinger József dr.:** Az E. coli lac operon transkripciójára ható tényezők vizsgálata. (20 perc).

3. **Sári Bálint dr.:** A vörösvértest enzim-vizsgálatok elméleti és gyakorlati kérdései (20 perc).

A Magyar Rheumatológusok Egyesülete 1976. szeptember 20-án (hétfő) délután 14.30 órakor a Lukács-fürdő Klubhelyiségében (II. Frankel L. u. 25.) tudományos ülést tart.

Prof. Dr. F. Delbarre (Párizs): Kémiai synovectomia a rheumatológiai gyakorlatban.

Az Országos Közegészségügyi Intézet 1976. szeptember 21-én, 14 órakor, az Intézet előadótermében (IX., Nagyvárad tér 2.) tudományos ülést tart.

Farkas Ildikó dr., Dési Illés dr., Dura Gyula dr., Gönczi Csabáné Strohmayr Ágnes dr., Anda Erzsébet dr., Pintér Alán dr., Osztovcics Magdolna dr.: DDVP szer-
veszfát peszticide komplex toxicohigiénés vizsgálata és értékelése.

A Magyar Gyermekegyorvos Társaság Nyugat-dunántúli Csoportja 1976. szeptember 24—25-én Győrött, a Megyei Kórház Kultúrtermében (Zrínyi u. 13.) tudományos ülést tart.

Szeptember 24., péntek, 9.30 óra
Üdvözlés **Horváth Ottó dr.**, a győri Megyei Kórház főigazgatója.

Elnöki megnyitó: **Török János (Veszprém).**

Elnök: **Török János.**

Prof. Boda Domonkos (Szeged): Mucoviscidosis.

Horváth Imre (Győr): A győri koraszülött osztály első 5 éve.

Gagyí Dénes, Fekete József, Fadgyas Zsuzsa (Szombathely): Ikrekben észlelt Rh-incompatibilitás különös lefolyása.

Mógor Ilona, Papp Béla, Tamás Judit (Veszprém): Az RDS prognózisának megítélése, gyomortartalomban végzett shake-tesztel.

Oroszlán László, Kerényi Mária, Kovács Sándorné (Zalaegerszeg): Újszülöttkori haemorrhagiás állapotok kezelésével szerzett tapasztalataink.

Szünet

Elnök: **Oroszlán László.**

Kamarás János (Budapest): Adatok a csecsemőkori balszív elégtelenség tünettanához és kezeléséhez.

Soltész Gyula, Horváth Imre, Méhes Károly, Mestyán Gyula (Pécs, Győr): Ante partum steroid kezelés hatása a köldökvér cukor-, szabadzsír- és aminosavtartalmára.

Csiszár Mária (Nagykanizsa): Csecsemőkori herpesz okozta meningoencephalitis.

Gáty István (Veszprém): Újszülöttkori szimmetrikus osteomyelitisek és késői következményük.

Gagyí Dénes, Ruzsa Gábor (Szombathely): Újszülöttkori otitis járvány.

Szeptember 25., szombat, 9.30 óra

Elnök: **Prof. Boda Domonkos.**

Török János (Veszprém): Gyermekegyorvosi tapasztalatok Ausztráliában.

Kutor Jenő, Gágó Gizella (Keszthely): Ápoláslelektani kérdések általános gyermekosztályon.

Berkay Gábor, Reuter Magdolna (Sopron): Asthmás gyermekbetegség kivizsgálása és kezelése szanatóriumi osztályon.

Bender Krisztina (Szombathely): Gyermekegyorvászati rendelésünk tapasztalatai.

Szakáll István (Nagykanizsa): A leleplezett vashiány jelentősége a gyermekkorban.

Horváth Zoltán (Sopron): Gyermekegyorvosi akut Torecan-mérgezés.

Szünet

Elnök: **Méhes Károly.**

Meggyes Veronika, Ostorharc Horváth György (Győr): Csecsemő- és gyermekkori gennyes meningitisen átesett gyermekek utánvizsgálata.

Schmidt Ottó (Szombathely): A hepatitis infectiosa osztályunk 5 éves anyagában.

Escher Klára, Gábor Valéria (Zalaegerszeg): Csecsemőkori idiopathiás myocarditis.

Andits Miklós, Horváth Katalin, Hargita Mária (Szombathely): Macskaharapás-betegség 2 esete.

Keszei Károly, Virághalmi Aranka (Mosonmagyaróvár): A csecsemőkori D-hypervitaminosisról egy észlelt eset kapcsán.

Buzás Emil (Szombathely): A D-vitamin intoxicatio lefolyása electrocardiographiai szempontból.

Cholnoky Péter (Szombathely): A rachitis prophylaxisának országos irányelveit helyi viszonyokra alkalmazó Vas megyei körlevél.

Bejelentések, elnöki zárszó.

Az előadások a két programkezdő előadás kivételével szigorúan 10 percesek. Minden előadás után közvetlenül lehet kérdést feltenni, megjegyzést fűzni, 1 perc igénybevétele.

5× cm-es diapozitívok vetítésére van lehetőség. Kérjük a diák kellő alapossgal még otthon ellenőrizni.

Szállást már korábbi körlevelünk alapján előbb le kellett foglalni. Szállástervezés megkísérelhető: Győr-Sopron megyei Idegenforgalmi Hivatal, 9201 Győr, Aradi vértanúk útja 22. (Tel.: 96/11-148.)

A Korányi Frigyes Tbc és Tüdőgyógyász Társaság Észak-magyarországi Szakcsoportja és a Bronchologus Sectiója 1976. szeptember 30-án (csütörtök) **Edelényben** és 1976. október 1-én (péntek) **Miskolcon tudományos ülést rendez.**

1976. szeptember 30. (csütörtök)

Edelény, Tüdőgyógyintézet, I. em.

Téma: **Az integrált pulmonológiai betegellátás.**

10.00 óra: **Sárady Kornél dr.:** Megnyitó.

Prof. Hutás Imre (Bpest): A pulmonológiai betegellátás a tüdőgyógyászati belgyógyászati reintegráció tükrében (referátum).

Prof. Schnitzler József (Debrecen): A területi ellátás és egyetemi

klinika mellkasbészeteinek kapcsolata (referátum).

Szünet

Kraszkó Pál dr., Grallert Ferenc dr., Bíró Barna dr. (Edelény, Miskolc): Adatok a pulmonológiai gondozást igénylő betegek funkcionális és kardiális károsodásának mértékéhez a többszintű betegellátás szempontjából.

Dubay Miklós dr. (Bpest): A légzési zavarok megítélése a sav-bázis és vérgázanalitikai vizsgálatok segítségével.

Tánczos Géza dr., Zeltner György dr. (Edelény és Ózd): Tüdőbelosztály és általános belosztály együttműködésének eredményei és lehetőségei.

Hozzászólások — vita

1976. október 1. (péntek)
de. 9.15 óra

Miskolc, Tüdőgyógyintézet
(Csabai kapu 42.)

Téma: A bronchologia aktuális kérdései.

Sárady Kornél dr.: Megnyitó. (Borsod-A.-Z. megyei Tüdőgyógyintézet igazgatója).

Üléselnök: Kertes István dr.

Prof. Hutás Imre (Bpest.): A pulmonológiai diagnosztika fejlődési irányai.

Nagy Mária dr. (Debrecen): Bronchiectasis formái bronchographia alapján.

Molnár Borbála dr. (Zalaegerszeg): A bronchológiai munka szervezése.

Szünet

Sashegyi Bertalan dr. (Nyíregyháza): Intrabronchialis antracosis klinikai jelentősége.

Simon Emil dr. (Szolnok): A fiberoscop jelentősége a bronchopulmonalis megbetegedések diagnosztikájában.

Kraszkó Pál dr. (Edelény): A hörgőnyálkahártya funkciójának direct és indirect bronchológiai vizsgálata.

Felkért hozzászólók: Ménis Veronika dr. (Tatabánya), Jáger Margit dr. (Miskolc), Nagy Gabriella dr. (Budapest), Bolla Dezső dr. (Budapest), Tóth Erzsébet dr. (Miskolc), Jónás József dr. (Miskolc).

Vita

— Elnöki összefoglaló

Előadás időtartama: 15 perc, hozzászólások időtartama: 5 perc.

A Magyar Belgyógyász Társaság Északkelet-magyarországi Szakcsoportja 1976. IX. 30—X. 1-én Nyíregyházán, a Megyei Könyvtárban (Lenin tér) tudományos ülést tart.

1976. szeptember 30., 9 óra

Megnyitó.

9 óra 30 perc

„A” sectio

Üléselnök: Fülöp Tibor dr.

1. Aberle Lajos dr., Harkányi Károly dr., Gyulai Imre dr. (Debrecen): A koszorúérlemezsedés anyagcsere háttere.

2. Horváth Sándor dr., Vecsey Tibor dr., Koczka Magdolna dr., Tamási László dr. (Debrecen): Immunológiai vizsgálómódszerek jelentősége a cardiológiai diagnosztikában.

3. Deli László dr., Hutter Károly dr., Gergely Tibor dr. (Gyula): A tartós heparin-kezelés gyakorlati problémái.

4. Major László dr., Muraközi István dr. (Berettyóújfalú): Adatok a DPH klinikai alkalmazásához.

Hozzászólások

5. Fenyvesi Éva dr. (Eger): A szívbetegségek gondozása.

6. Rusznák Miklós dr., Fazekas Irén dr., Csépké Katalin dr. (Nyíregyháza): Az ingerületvezetés romlásának aetiologiai tényezői.

7. Bak Géza dr., Sóvári Miklós dr. (Eger): Mechanographiás vizsgálatok értéke postinfarctusos állapot megítélésében.

8. Rusznák Miklós dr., Koháry Emőke dr., Lészko Csilla dr. (Nyíregyháza): Az intraventricularis ingerületvezetési zavarok prognosisa.

9. Szele Kálmán dr., Szalóky Pál dr. (Eger): Mitralis click syndroma.

Hozzászólások

10. Adorján Tibor dr., Veres Ilona dr., András István dr. (Kisvárd): Pharmaco EKG-s vizsgálatok Viskinnel és Cliniummal.

11. Csire Béla dr., Fekete Tamás dr. (Miskolc): Szemléleti változások tükröződése hypertoniás betegeink kezelésében.

12. Molnár Károly dr., Kőmives Sándor dr., Kalmár József dr. (Kisvárd): Viskin + Halidor + Hypothyasid gyógyszerkombináció alkalmazása magasvérnyomás betegségben.

Hozzászólások

1976. szeptember 30., 9 óra 30 perc

„B” sectio

Üléselnök: Pásztor János dr.

1. Szigethy Jenő dr., Martics Anna dr., Oláh Vilma dr. (Miskolc): Integrált fekvőbeteg-ellátás.

2. Siró Béla dr. (Debrecen): Familiáris RA előfordulása.

3. Zeltner György dr., Fekete Tamás dr., Panyi Mária dr., Kricsfalvi Péter dr., Csire Béla dr., Bokor Agnes dr. (Ózd): Tapasztalataink diabeteses coma formák insulin kezelésével.

4. Demény Péter dr. (Debrecen): Antilipaemiás gyógyszerek klinikai alkalmazása.

5. Fekete Tamás dr., Zeltner György dr., Kaáli Imre dr., Panyi Mária dr., Tarkó Mihály dr. (Miskolc és Ózd): Tartósan gátlószerezelt hyperthyreosisos betegeink utánvizsgálatának eredményei.

6. Stalmajer József dr., Juhász István dr., Jósai Gabriella dr., Tóth Sándor dr. (Debrecen és Nyíregyháza): „Asthma bronchiale”-t utánzó trachea adenoma.

7. Márton Mihály dr. (Nyíregyháza): Az üzemegészségügy aktuális kérdései egy gyár üzemhigiénés helyzetének tükrében.

Hozzászólások

8. Szodoray Sándor dr., Csonka Margit dr., Széll Ferenc dr. (Sátoraljaújhely): Permetezőszer okozta mérgezések.

9. Házy Erzsébet dr., Balogh Antalné dr., Paulik László (Nyíregyháza): Mezőgazdaság chemisatioja és az ezzel összefüggő higiénés problémák.

Hozzászólások

14 óra 30 perc

Üléselnök: Deli László dr.

1. Czirner József dr. (Eger): Intenzív betegellátás az egri megyei kórházban.

2. Zakar Gábor dr., Szegedi János dr., Fekete Gyula dr. (Nyíregyháza): Belgyógyászati intenzív részlegen szerzett tapasztalataink.

3. Bíró István dr., Szabó Gyula dr. (Eger): A myocardialis infarctusos betegeink sürgősségi ellátása osztályunkon.

4. Wórum Imre dr., Wórum Ferenc dr., Lőrinc István dr., Szabó Péter dr. (Debrecen): Pacemaker kezelés gyakorlata 5 éves tapasztalataink alapján.

Hozzászólások

5. Gergely Tibor dr., Hutter Károly dr., Deli László dr. (Gyula): Percutan subclavia kanülálás módszerének bevezetése vidéki kórház belgyógyászati osztályán.

6. Hutter Károly dr., Gergely Tibor dr., Szász Zsuzsanna dr., Orosz István dr., Vigh Mária dr. (Gyula): Percutan subclavia kanülálással szerzett tapasztalataink. Szövődmények, összehasonlítva a perifériás percutan vénakanülálással szövődményeivel.

7. Zeltner György dr., Panyi Mária dr., Varga Tibor dr., Kricsfalvi Péter dr., Mezőfi Miklós dr., Nyárádi Attila dr. (Ózd): Tapasztalataink heveny légzésszavarok complex kezelésével belgyógyászati beteganyagban.

8. Hatlaczky Erzsébet dr. (Eger): Gépi lélegeztetéssel szerzett tapasztalataink.

Hozzászólások

1976. szeptember 30., 17 óra

Üléselnök: Kakuk György dr.

1. Szűcs Mihály dr., Barabás Mariann dr., Stachó József dr., Együd Agnes dr., Szegedi János dr. (Nyíregyháza): Chr. pyelonephritis kezelésének és gondozásának aktuális kérdései.

2. Pethő Anna dr., Czirner József dr. (Eger): A significans bakte-

riuria jelentősége a chr. pyelonephritis diagnosztikájában.

Hozzászólások

3. Wórum Imre dr., Kurta György dr., Lócsey Lajos dr., Kakuk György dr. (Debrecen): Különböző gyógyszerek dozorozásának klinikai problémái veseelégtelenségben.

4. Kurta Gyula dr., Kakuk György dr., Lócsey Lajos dr., Wórum Imre dr. (Debrecen): Az uraemiás pericarditis therapiás lehetőségei.

5. Lócsey Lajos dr., Kakuk György dr., Wórum Imre dr., Kurta Gyula dr. (Debrecen): Az uramiás osteopathiák diagnosztikus és therapiás vonatkozásai.

Hozzászólások

1976. október 1., 9 óra

Üléselnök: Szegedi Gyula dr.

1. Jakó János dr., Kiss Attila dr., Boda Zoltán dr., Szabó Péter dr., Telek Béla dr. (Debrecen): Heveny promyelocytás leukaemia eseteink elemzése.

2. Telek Béla dr., Kiss Attila dr., Jakó János dr. (Debrecen): Subcut myelomocytás leukaemia esete.

3. Karasz György dr., Györi Mária dr., Csirik Ferenc dr. (Nyíregyháza): Thymus tumor és acut leukaemia együttes előfordulása két eset kapcsán.

Hozzászólások

4. Kiss Attila dr., Jakó János dr., Balázs György dr., Péter Mózes dr., Telek Béla dr., Makár Valéria dr., Krasznai Géza dr., Rák Kálmán dr. (Debrecen): Újabb „staging” laparotomiás tapasztalataink Hodgkin-kórban és non-Hodgkin lymphomákban.

5. Krasznai Géza dr., Szegedi Gyula dr. (Debrecen): Non-Hodgkin lymphomák aktuális kérdései.

6. Berényi Ernő dr., Pálkövi Erzsébet dr., Kávai Mária dr., Sonkoly Ildikó dr., Pálóczi Katalin dr., Szabolcsi Margit dr. (Debrecen): Immunológiai vizsgálatok lymphogranulomatosisban.

Hozzászólások

7. Sonkoly Ildikó dr., Kávai Mária dr., Pálóczi Katalin dr., Koczka Magdolna dr., Szegedi Gyula dr. (Debrecen): Immunstimulációs-kezelésekkel nyert tapasztalatok autoimmun betegségekből.

8. Pálóczi Katalin dr., Szabolcsi Margit dr., Krajczár Géza dr., Szabó Jenő dr. (Debrecen): T-sejt erythrodermia (Sezary-syndroma) eset bemutatása.

9. Szigethy Jenő dr., Borsányi Gábor dr. (Miskolc): Az eosinophilia differential diagnosztikai kérdései.

10. ifj. Halmos Béla dr. (Eger): Légzésfunkciók eltérések polycythemia rubra verában.

11. Szigethy Jenő dr., Sipkás E. dr., Somogyi Erzsébet dr. (Miskolc): A paraproteinaemiák klinikuma öt éves anyagunkban.

12. Zeltner György dr., Pohánka Lajos dr., Barna Rezső dr., Bránovics László dr., Farkas Sándor dr., Panyi Mária dr. (Ózd): Heveny kórkép formájában jelentkező malignus tumorkor fiatal korban.

13. Nagy Béla dr., Székely Béla dr., Csizsár Gusztáv dr. (Mátészalka): A melanoma malignum prognosztikai variánsai.

Hozzászólások

1976. október 1., 15 óra

Üléselnök: Györfly Árpád dr.

1. Antal Lajos dr., Szabó Gábor dr., Kávai Mária dr., Sonkoly Ildikó dr. (Debrecen): Immunológiai vizsgálatok pancreas betegségeiben.

2. Dobi Sándor dr., Balázs Csaba dr., Szerze Péter dr., Kálmán Károly dr. (Debrecen): Pathogenetikai vizsgálatok Ménétrier-kórban.

3. Szabó János dr. (Debrecen): Acut pancreas-necrosis formájában manifestálódott öregkori diabetes mellitus.

Hozzászólások

4. Dalmi Lajos dr., Hajdú László dr., Prekopa Álmós dr. (Debrecen): Az immunhepatopathiák diagnosztikájáról.

5. Misz Mária dr., Györfly Árpád dr., Szabó András dr. (Debrecen): Haemostasis-vizsgálatok colitis ulcerosában.

6. Soltész Pál dr., Szodoray Sándor dr., Nagy-Bozsóky József dr. (Sátoraljaújhely): Cardia alatti területből származó gyomorvérzés.

7. Besznay György dr., Sóvári Miklós dr., Tasi István dr. (Eger): A fibergastroszkopia és gyomor röntgen vizsgálat összehasonlító értékelése osztályunk két éves anyagában.

8. Lakatos Levente dr. (Szikszó): Az emésztő-tractus felső részéből származó vérzések alakulása osztályunkon öt éves beteganyagunkban. Diagnosztikus nehézségek urgens gastroszkopia hiányában.

9. Kőszegi Miklós dr., Nagy György dr., Újszászy László dr., Prónay Gábor dr. (Miskolc): Gyomor polypusokról 5 éves endoscopos anyagunk alapján.

Hozzászólások

10. Lőrincz Imre dr., Kocsár Imre dr., Tóth Katalin dr., Csizsár Gusztáv dr. (Mátészalka): Cushing ulcusok belgyógyászati osztályunk 5 éves anyagában.

11. Nagy György dr., Barna Béla dr., Humenyik János dr. (Miskolc és Szerencs): Spontán kőürüléssel kísért hasfali epehólyag perforatio esete.

12. Katona Zoltán dr., Pápay Ádám dr., Földváry Gyula dr. (Miskolc): A mesenterialis thrombosisokról.

13. Varga István dr. (Miskolc): Májsejtadenoma anticoncipiens szedés alatt.

14. Prónay Gábor dr., Újszászy László dr., Nagy György dr. (Miskolc): A székrekedés therapiás problémái.

15. Tóth Imre dr., Minik Károly dr., Nagy György dr., Újszászy László dr., Prónay Gábor dr. (Miskolc): Az irradiációs proctitis.

Hozzászólások

Mindennemű felvilágosítást Barabás Mariann dr. (4401 Nyíregyháza, Megyei Kórház, I. Belgyógyászat) ad.

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 15 000 példányban
A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-660

MNB egyszámú száma: 69.915.272-46

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,

a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál

(Budapest, V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Szerkesztőség: 1363 Budapest, V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 121-804, ha nem felel: 122-765

Előfizetési díj egy évre 216,- Ft, negyedévre 54,- Ft, egyes szám ára 4,50 Ft



76.2545 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
DARABOS PÁL DR.
FISCHER ANTAL DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felélős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:
PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.
VÉRTES LÁSZLÓ DR.

*

117. ÉVFOLYAM

*

38. SZÁM

*

1976. SZEPTEMBER 19.

TARTALOMJEGYZÉK

Molnár Lajos dr. és Nyerges Gábor dr.:
Corticosteroid és cytostatikus kezelésben
részeseült gyermekek varicellája 2291

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Cserhalmi Livia dr.
és Nagylucskay Sándor dr.:
Szérum fehérje változások
és szívizomellenes autoantitest kimutatása
primaer cardiomyopathiákban 2297

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Gábor György dr.:
Az aorta és mitralis billentyű betegség
műtéti correctiójának indicatiói 2303

ORVOSI SZOCIOLÓGIA

Vigváry László dr. és Bánki Csaba dr.:
Familiaris és szociális tényezők hatása
az intellectualis teljesítőképességre
és a tervezett családnagyságra 2309

A PREVENTIO KÉRDÉSEI

Schuler Dezső dr., Koós Rozália dr.,
Révész Tamás dr., Horváth Ágnes dr.
és Sátor Géza dr.:
A meningealis leukosis
prophylaxisának vizsgálata 2316

HORUS

Orvostudományi Dokumentációs Szolgálat

A nő társadalmi helyzete, ambíciói
és nagyzasos téveszméi
az Osztrák—Magyar Monarchia korában ... 2319
Az országos főorvosi hivatal
és Pfisterer András protomedikus 2322
Zsoldos János szerepe
a magyar orvosi szaknyelv megeremtésében 2324

Folyóiratreferátumok 2327
Levelek a szerkesztőhöz 2344
Könyvismertetés 2345
Hírek 2348
Pályázati hirdetések 2351
Előadások, ülések 2352

NORCOLUT

tabletta

ÖSSZETÉTEL: 1 Tablettánként 5 mg noterthisteront tartalmaz.

HATÁS: Oralisan felszívódó gestagen készítmény.

JAVALLAT: Praemenstruációs syndroma, mastodynia, a secretiós szak megrövidülésével járó cikluszavarok, dysfunctionalis méhvérvzés, hyperplasia glandularis cystica endometrii, endometriosis adenomyosis.

ELLENJAVALLAT: Általában nincs. Külön elbírálást igényelnek, főleg tartós szedés esetén: thrombosis-készség, hepatitis, májműködési zavarok, emlő-carcinoma, genitalis carcinoma.

ADAGOLÁS: Praemenstruációs syndroma, mastodynia, valamint rendszertelen ciklusok: a ciklus 16. napjától a 25. napig napi 1—2 tabletta, esetleg oestrogennel együtt. Dysfunctionalis méhvérvzés, hyperplasia glandularis cystica endometrii (amenyinyiben a vérvzés functionalis jellegét 6 hónapon belül végzett histológiai vizsgálata igazolta): 6—12 napon át napi 1—2 tabletta a vérvzés megszüntetésére. Recidiva megelőzésére a ciklus 16. napjától a 25. napig napi 1—2 tabletta. Általában oestrogennel együtt. Endometriosis, adenomyosis: a ciklus 5. napjától a 25. napig napi 1 tabletta 6 hónapon át vagy folyamatosan szedve a ciklus 5. napján napi fél tablettával kezdve és az áttöréses vérvzések elkerülésére 2—3 hetenként fél tablettával emelkedve 4—5 hónapon át.

MELLÉKHATÁS: Ritkán fellépő és későbbi ciklusokban megszűnő nausea, gastrointestinalis panaszok, áttöréses vérvzés, esetleg oedema, allergiás bőrreakció, paraesthesia, test-súlyváltozás, fáradékonyság.

MEGJEGYZÉS

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján nőgyógyászati szakrendelések rendelhetik, illetőleg csak nőgyógyászati szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhető.

CSOMAGOLÁS

20 tabletta 34,90 Ft.



Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

Corticosteroid- és cytostatikus kezelésben részesült gyermekek varicellája

Molnár Lajos dr. és Nyerges Gábor dr.

A varicella (a továbbiakban: v.) a legenyhébb, járványosan előforduló, gyermekkori fertőző betegségek egyike. Jóllehet sokféle szövődménye van, amelyek közül nem egy végzetes lehet, ezek viszonylag ritkák, s az idejében felfedezett bacterialis szövődmények antibiotikumokkal jól gyógyíthatók.

Az utóbbi években mégis megnőtt az érdeklődés e betegség megelőzése és gyógyítása iránt, s ezt elsősorban az indokolja, hogy a corticosteroidok (a továbbiakban: cs.), cytostatikumok (a továbbiakban: cy.), immunosuppressív szerek egyre kiterjedtebb alkalmazásával megszorodtak a szokatlan formában lezajló, súlyos, sőt nem ritkán letális végű v. esetek. Josserrand és mtsai 1953-ban ismertették először egy febris rheumatica miatt tartós cs. kezelésben részesülő gyermek fulminans lefolyású, halálos, haemorrhagiás v.-ját (20). Megfigyelésüket mások is megerősítették (14). Később az is kiderült, hogy a cs. kezelést indokló egyes alapbetegségek is jelentősen befolyásolhatják a v. prognózisát (4, 9, 11). Falliers és Ellis 1965-ig az irodalomból 274, cs.-dal kezelt gyermek esetét gyűjtötte össze. Ezek közül 38 (14%) halt meg a v. miatt, de ezen belül a leukaemiások v.-ás halálozása 46%, egyéb haematológiai betegségben szenvedőké 37%, a rheomás és collagenosissos betegeké 30%, az endocrin- és anyagcserebetegeké 25% volt, míg az asthma bronchiale miatt kezelt v.-ja lefolyásában nem különbözött a nem kezeltétől (9). A figyelem így elsősorban a leukaemiás gyermekek v.-ja felé terelődött (15, 25, 27, 31, 36). Kiderült az is, hogy nem csak a cs.-ok, hanem más, az immunsystema működését gátló cytostatikus és/vagy immunosuppressív hatású szerekkel történő kezelés is befolyásolja a v. lefolyását (27), s hogy e betegség congenitalis cellularis immunodefektusos egyénekben is súlyos, letális formát ölthet (39).

A hazai szerzők közül Dux és mtsai 1962-ben 11 cs.-dal kezelt gyermek varicellájáról számoltak be, akik közül 1 meghalt (7). Mivel a hazai irodalomban azóta nem találtunk közlést, és közben a cy.-ok is egyre szélesebb körben alkalmazást nyertek, érdemesnek tartjuk, hogy az utóbbi 5 évben cs. és cy. kezelésben részesülő gyermekek v.-járól

szerzett tapasztalatainkról mi is beszámoljunk, s megkíséréljük összefüggést keresni a gyermekek alapbetegségére és terapiájára vonatkozó, rendelkezésünkre álló adatok és a v. lefolyása között.

Betegek és módszerek

1970–75 között 23 cs. és/vagy cy. terapiában részesült v.-ás gyermeket áptunk osztályunkon. A betegek többségét (16 beteg) a Semmelweis OTE II. sz. Gyermekklinikájáról, a többit más klinikákról, ill. kórházakból vettük át. Koruk 8 hónap–16 év között volt, 14 volt fiú, 9 pedig leány. Az alapbetegség diagnosztikáját minden esetben az áttevő osztály állapította meg. Az alapbetegség szerinti megoszlás a következő volt: acut lymphoid leukaemia (ALL): 10, acut myeloid leukaemia (AML): 2, differenciálatlan sejtes leukaemia: 2, lymphosarcomatosis: 2, lymphoreticulosarcoma: 2, neuroblastoma: 1, „smouldering type” myeloid leukaemia: 1, nephrosis: 1, morbus Letterer–Siwe: 1 és congenitalis immunodefektus: 1.

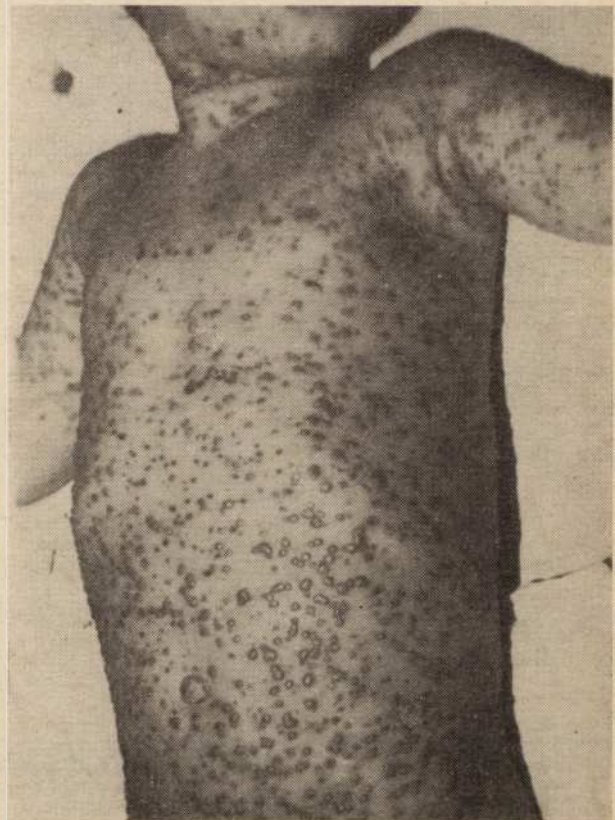
A malignus betegségben szenvedők többsége (14 beteg) a v. jelentkezésekor remissióban volt, a többi progressiv stadiumban. Betegeink egy kivételével a v.-t megelőzően 1 hónapon belül részesültek cs. és/vagy cy. terapiában, egy beteg pedig 2 hónappal korábban. A megkezdett Prednisolon kezelést a v. jelentkezése után is, esetenként megemelt adaggal folytattuk, a cy. szereket általában kihagytuk, és csak az áttevő osztály javaslata alapján adtuk.

Táblázatainkban a v. jelentkezésekor talált haematológiai vizsgálati eredményeket tüntettük fel.

A v. diagnosztikát az epidemiológiai anamnesis és a klinikai kép alapján állapítottuk meg. Viroológiai vagy serológiai verifikálásra nem volt lehetőségünk.

Eredmények

Betegeinket a v. lefolyása alapján 1. típusos, gyógyult; 2. atypusos, gyógyult és 3. atypusos, ha-



1. ábra.

Sorszám	Név	Kor (év)	Alapbetegség	Prednisolon- és immuno- suppressiv thérapia		Az utolsó cy. adag és a va. kezdeté között eltelt idő (nap)	Fvs.	Abs. gr.	Abs. ly.	Thr.	Hb. (g%)
				Előzőleg	Osztályunkon						
Első csoport											
1.	Cs. G.	6	A. L. L.	Pr. Vi.	Pr. Vi.	57	27,0	0,54	2,97	130	10,5
2.	K. Z.	2	A. L. L.	Pr. Vi. L-Asp. Leu. Mtx. Co.			4,0	2,16	1,84	65	11,9
3.	R. S.	8	A. L. L.	Pr. Vi. Mtx. Co. Leu.	Pr.	?	12,0	7,44	3,60	460	10,6
4.	P. I.	8	Lympho-reticulo- sarcoma	Pr. Vi. L-Asp. R-74		1	1,6	0,16	1,02	230	10,2
5.	S. A.	14/12	Lypho-reticulo- sarcoma	Pr. Vi. Ru.		21	10,4	3,12	5,20	137	11,5
6.	A. B.	2	Neuroblastoma	Vi. En.	Vi. En.		3,0	1,74	1,26	62	9,4
Második csoport											
7.	Sz. Á.	7	A. L. L.	Pr. Vi. L-Asp. Leu.		?	4,4	2,77	1,40	80	11,0
8.	K. A.	6	A. L. L.	Pr. Vi. L-Asp. Leu. Mtx.		1	4,6	2,94	1,47	88	10,6
9.	L. H.	8	A. L. L.	Pr. Vi. L-Asp. Mtx.		18	3,6	2,23	0,93	96	12,2
10.	F. G.	6	A. L. L.	Pr. Vi. L-Asp. Co. Mtx.	Pr.	3	7,4	3,70	3,25	48	10,6
11.	G. G.	5	A. L. L.	Pr. Vi. L-Asp. Leu. Co. Mtx.	Leu.		5,0	4,30	0,40	80	9,4
12.	H. P.	6	A. L. L.	Pr. Vi. L-Asp. Leu. Co. Mtx.	Leu.		6,2	3,22	1,98	53	11,5
13.	Sz. I.	4	A. M. L.	Pr. Vi. L-Asp. Leu. C—A.		1	1,4	0,33	0,84	24	8,7
14.	B. M.	11	Lyphosarcomatosis	Pr. Vi. Mtx.	Pr. Mtx.		1,6	0,76	0,64	132	10,0
15.	Zs. A.	8/12	M. Letterer-Siwe	Pr. Vin- blastin	Pr.	34	8,0	5,28	2,16	126	11,5
16.	Cz. Z.	3	Nephrosis	Pr.	Pr.		5,2	3,01	1,87	—	11,9
Harmadik csoport											
17.	K. A.	4	A. L. L.	Pr. Vi. L-Asp.	Pr. C—A.		5,4	2,26	2,80	125	9,4
18.	B. E.	6	A. M. L.	Pr. Vi. Ru.	Pr. Vi.		4,6	2,76	1,56	96	9,8
19.	G. I.	10	Differenciálatlan sejtes leucosis	Pr. Vi. Ru.	Pr. Vi.		3,8	2,05	1,52	120	9,3
20.	N. Zs.	7	Differenciálatlan sejtes leucosis	Pr. Vi. Co. Leu. Mtx.	Leu.		2,2	1,62	0,52	83	9,6
21.	H. T.	3	„Smouldering type” myeloid leucosis	Pr. C—A. Leu. 6—Tg.	Pr.	1	60,0	—x	12,0	18	8,5
22.	K. J.	3	Lymphosarcomatosis	Per. Vi. Ru. Leu.	Pr. Leu.		3,0	2,04	0,90	30	10,9
23.	K. J.	16	Defectus cong. immu- nitatis humoralis et cellularis	Pr.	Pr. C—A.		5,4	1,29	3,56	72	7,4

—x H. Tamás peripheriás vérképében 76% éretlen myeloid elem volt.

A rövidítések magyarázata: A. L. L.: acut lymphoid leucosis, A. M. L.: acut myeloid leucosis, Abs. gr.: absolut granulocytaszám, Abs. ly.: absolut lymphocytaszám, Thr.: thrombocytaszám, Hb.: haemoglobin, Pr.: Prednisolon, Vi.: Vincristin, Ru.: Rubidomycin, L-Asp.: L-Asparaginase (Crasnitin), R-74: Lycuim, En.: Endoxan (Cyclophosphamid), Leu.: Leupurin, Mtx.: Methotrexate, Co.: Co-irradiatio, C-A.: Cytosin-arabinosid (Alexan), 6-Tg.: 6-thioguanin (Lanvis).

lálós végű v. esetek csoportjába oszthattuk. Betegeink legfontosabb adatait a fenti csoportosításban az 1. táblázat tartalmazza.

1. Typusos formában mindössze 6 betegünk v.-ja zajlott le. Ezekben az esetekben az egyes kiütések fejlődése szabályos volt, s úgy, mint az egyébként egészséges gyermekeken, sűrűbben vagy ritkábban jelentkezett. Már a betegség 2–3. napján egy időben több stádiumú eruptiókat lehetett látni. Valamennyi, e csoportba tartozó betegünk gyógyult. Ápolási idejük 10–17 nap között volt.

2. Atypusos formában zajlott le, de végül is gyógyult 10 betegünk v.-ja. E formában az eruptiók jellege, fejlődése, s az egész betegség időbeni lefolyása lényegesen különbözött a typusos bárányhimlőtől. A kiütések két típusúak voltak, melyek keverten vagy egy-egy esetben kizárólagosan, illetve dominálónak voltak jelen. Egyik típus a feltűnően apró elemű eruptio, szinte gombostűfejnyi vesiculával. A másik típus: a normális nagyságú v. vesiculából peripheriás terjedéssel nagy, gyakran vérzéses bennéki hólyaggá, néha 1–2 cm átmérőjű bullává növekedett. Mindkét típusra jellemző volt, hogy gyakorta teljesen reakciómentes környezetben ültek, hiányzott a normális v. pustulát környező lobos udvar. Mindkét típus lassan fejlődött, s rendszerint csak két hét után kezdett pörkösödni. Ugyancsak jellemző volt, hogy ez idő alatt általában újabb és újabb kiütések jelentek, s mivel a pörkösödés elhúzódott, néha az egész testet egy stádiumban levő hólyagok borították, melyek igen emlékeztettek a variolára (1. ábra), vagy vérzéses pustulák esetén annak se-



3. ábra.

cundaer haemorrhagiás formájára. Az eruptiók között gyakran megfigyeltünk petechiákat, esetenként suffusiókat is. Hasonló elváltozások a száynyálkahártyán is voltak. A pörkösödés megindulásáig gyakran észleltünk elhúzódó, nemegyszer septicus jellegű lázat. Ápolási idejük 13–24 nap között volt.

3. A halálós végű v. esetek száma 7 volt, közülük 6 malignus alapbetegségben, egy pedig congenitalis immunodefektusban szenvedett. A kiütés jellege az e csoportba tartozó betegeken hasonló volt az előző csoportéhoz, de csak egy esetben észleltük a fenti, apró elemű eruptiókat, a többiben a nagy, haemorrhagiás pustulák-bullák domináltak, amelyek az egyik, lymphosarcomatosisban szenvedett betegen (22. sz. eset) helyenként kiterjedt bőr-necrosisokká alakultak át. Négy esetünkben (17., 19., 20., 21. sz.) a lefolyás viharos volt, 4–7 nap alatt halálhoz vezetett. Egyre szaporodó, pörkösödési hajlamot nem mutató, vérzéses vesiculák, nyálkahártya- és bőrvérzések jelentek, septicus, nagy láz kíséretében, majd 2 esetben eclampsia, egy esetben gyomorvérzést követő shock, egyben masszív melaena és tüdő-oedema közepette állt be a halál. E fulminans lefolyású formák közül példának egyiket (H. Tamás, 21. sz.) részletesebben ismertetjük.

H. Tamás, 3 éves fiúgyermek betegsége 1972 szeptemberében kezdődött. 1973 áprilisától kezdve periducusan, colitis ulcerosára emlékeztető, véres-nyálkás székletei voltak. Májusban stomatitis aphthosája volt, júniusban bőrvérzéseket észleltek. Júliustól kezdve „smouldering type” myeloid leukaemia diagnosissal a



2. ábra.



4. ábra.

II. sz. Gyermekklinikán kezelték. Decemberben a j. o. hydrocele testis haemorrhagiája miatt a jobb herét eltávolították. Varicellája jelentkezéséig (1974. I. 2.) Leupurin (utoljára 1973. augusztus), Alexan (utoljára 1974. I. 1.), Lanvis és Prednisolon, ezenkívül v.-ját közvetlenül megelőzően Ceporin és Tetran, véres-nyálkás székletei miatt pedig Neomycin és Enteroseptol terápiában részesült. Súlyosan leromlott állapotban vettük át osztályunkra. Már az átvételkor testszerte, elsősorban, haemorrhagiás bennkő-varicella vesiculákat észleltünk (2. ábra), az alszáron számos petechia mutatkozott. Eruptiói növekedtek és szaporodtak. Láza végig septicus jellegű volt. Súlyos thrombocytopenia mellett masszív bélvérzés jelentkezett, ezért friss vér- és thrombocyt-suspensio transfusiókat adtunk. A korábban megkezdett cs. és antibioticus kezelést folytattuk. Tünetei súlyosbodtak (3. ábra), állapota romlott és v.-jának 7. napján bélvérzés, epistaxis és tüdőoedema következtében meghalt.

Betegeink közül háromnak (18., 22., 23. sz.) halálos végű v.-ja elhúzódóbb lefolyású volt (11–31 nap). A betegség képe hasonlított az előzőhöz, csak a tünetek voltak kevésbé hevesek, s a gyermekek haláláig egyre újabb eruptiók jelentkeztek. Két esetben csontvelő-depressio képe alakult ki, súlyos vérzésekkel (18., 22. sz.), majd egyikben epistaxis és 5 napig tartó anuria, a másikban bronchopneumonia vezetett halálhoz.

Az elhúzódóbb lefolyású formák közül a harmadikat, akinek az alapbetegsége congenitalis immundefectus volt, részletesebben ismertetjük.

K. Judit, 16 éves leányt (23. sz.) a Semmelweis OTE I. Belgyógyászati Klinikájáról vettük át v. miatt. Csecsemőkora óta szinte állandóan beteg volt: légúti hurutok, otitis media, sinusitis maxillaris, pleuropneu-

monia gyakorta váltogatották egymást. Újszülöttkori BCG oltási fekélye csak elhúzódó módon gyógyult, 1 éves korában himlőoltási pustulája torpid fekélyé alakult át. Mindhárom osztályra (G, M, A) kiterjedő immunoglobulinhiányát 1973-ban ismerték fel, azóta rendszeres gamma-globulin substitúcióban részesült. Ennek ellenére pneumóniái, otitis mediái továbbra is ismétlődtek, és szinte állandó antibioticum therapia alatt állt. 1974 októberében v.-n esett át, eruptiói lassan pörkösödtek, a pörkök leválása után több helyen heg maradt hátra. Novemberben hirtelen kialakult lépduzzanatot, ascitest észleltek, septicus láz kíséretében. Az I. Belgyógyászati Klinikán betegségét antitesthiányi szindrómának, tüdő-fibrosishoz, hirtelen kialakult, a bordaívét 2 tenyérrel meghaladó lépduzzanatot septicus lépvéna-thrombosisnak gondolták. Cs. és antibioticus kezelésben részesült. December végén újra, testszerte v.-szerű vesiculák jelentkeztek, amelyek növekedtek, majd bevértek. 1975. I. 15-én vettük át osztályunkra. Átvételkor a crista iliacáig érő, a has központi vonalát meghaladó, tömött lépet, mérsékelt ascitest, a bordaív alá 3 h.-ujjal érő májat, vércépében csontvelő-depressio jeleit észleltünk. Savójában az IgG 167,2 mg%, IgM 10,8 mg%, IgA 89,4 mg% volt. Jóllehet valamennyi kötelező védőoltását megkapta, vérsavójában sem diphtheria, sem tetanus antitoxint, sem pertussis agglutinint nem lehetett kimutatni. Vércsoportja B, Rh negatív volt, isohaemagglutininjei nem voltak. Tuberculin próbája negatív volt. Lymphocytáinak phytohaemagglutininrel stimulált tenyésztésében ³H-thymidin incorporációját a II. Gyermek-klinika segítségével vizsgáltuk, ez bizonyítanul eredményt adott, ismétlésre nem került már sor.

Eruptiói kezdetben pörkösödni látszottak, s a beteg lázaltanná vált, majd mintegy 2 hét múlva újra lázas lett, s bőrén egyre több haemorrhagiás pustula, bulla jelent meg, amelyek körül gyulladásos udvar nem volt (4. ábra). Steroid és váltakozó, széles spektrumú antibioticus kezelést végeztünk, transfusiókat adtunk, s antivirális hatására számítva cytosinarabinosid kezelést kezdtünk. Ennek ellenére kiütései szaporodtak, lépe nagybodott, ascitese fokozódott, epistaxis, véres hányások jelentkeztek, majd icterus és j. o. bronchopneumonia alakult ki hyperpyrexia kíséretében, s osztályunkon való ápolásának 31. napján meghalt.

Betegeink alapbetegségére vonatkozó adatok és a v. lefolyásának összefüggésével kapcsolatban a következőket állapíthattuk meg (2. táblázat):

1. A tipusos formában lezajló v.-ás betegek átlagéletkora valamivel alacsonyabb volt, mint az atypusos formáké, e különbség azonban nem látszik jelentősnek.

2. Az alapbetegség természetének hatása a v. lefolyására eseteink kapcsán alig vizsgálható: 23 betegünk közül ugyanis 20 malignus daganatos betegségben szenvedett. Figyelemre méltónak tartjuk, hogy 10 ALL-ban szenvedő betegünk közül csak egyet veszítettünk el.

3. Betegeink fvs.-száma a v. jelentkezésekor (néhány extrém nagy értéktől eltekintve) alacsony volt, de a v. formája és prognosisa szempontjából ezen belül sem találtunk különbséget. Ugyancsak nem volt ez összefüggésben az abs. lymphocytas és granulocytaszámmal sem.

4. Az atypusos v. formákban a v. kezdetekor mért thrombocytaszám és a hgb.-szint általában alacsonyabb.

5. Betegeink csaknem valamennyien v.-jukat megelőzően többféle gyógyszert kaptak, így az egyes gyógyszerek hatását a v. lefolyására nem lehet értékelni. A v. alatt mind a 7 meghalt beteg

kapott corticosteroidot és/vagy cytostaticumot: 5 Prednisolont és cytostaticumot (Vincristin, Leupurin, Cytosinarabinosid), 1 csak Prednisolont és 1 csak Leupurint. A 16 gyógyult beteg közül 7 semmiféle kezelést nem kapott, 4 csak Prednisolont, 2 Prednisolont és cy.-ot, 3 csak cy.-ot kapott.

Megbeszélés

Többségükben daganatos alapbetegségben szenvedő, cs. és cy. kezelésben részesült betegek csaknem háromnegyedében a v. atypusos formában, eseteink egyharmadában halálos véggel zajlott le. Az atypusos lefolyás az eruptiók jellegének, időbeni jelentkezésének és gyógyhajlamának megváltozásában nyilvánult meg. Megfigyeléseink megfelelnek az irodalomban közölt, korábbi leírásoknak (17, 33). A betegség jellegének megváltozásáért, súlyos lefolyásáért a cellularis immunfunctiók károsodása tehető felelőssé, amelyet a malignus alapbetegség és a kezelésére használt szerek vagy (mint egy esetünkben) a congenitalis immundefectus egyaránt okozhatnak.

Pirquet himlőoltással kapcsolatos alapvető kísérletei (29, 30), majd mások későbbi munkái (6, 26) alapján ma már nyilvánvaló, hogy a kiütéses vírusbetegségek során a kiütés fejlődésében és gyógyulásában a szervezet immunválaszának, s főleg a cellularis immunitásnak döntő szerepe van. A cellularis immunitás vele született vagy szerzett defectusa vagy mesterséges suppressiója esetén a vírus gáttalanul szaporodhat, szóródhat, a jellegzetes kiütés elmaradhat (pl. kanyaróban) vagy jellege megváltozhat, s gyógyulási hajlama jelentősen lassul, vagy teljesen elvész. A cellularis immu-

nitás mediatorai közül az interferonnak a vaccinia fertőzés gyógyulásában játszott szerepére már korábban is rámutattak (16). Armstrong és mtsai (3) a daganatos betegeken jelentkező, atypusos, súlyos v. hólyagbennékében több mint tízszer alacsonyabb interferonszintet találtak, mint az egyébként egészséges egyének tipikus varicella-hólyagjában.

A cs. és cy. kezelésben részesülő gyermekek v.-ja több problémát vet fel.

Az egyik a v. *diagnosis*-ának kérdése. Az atypusos kép a klinikai diagnoszt megnehezíti (különösen a betegség előrehaladott stádiumában), és az többnyire csupán az epidemiológiai összefüggések ismeretében állapítható meg. Aetiológiai diagnoszt csak a virológiai vizsgálat biztosíthat (40).

A második a *prognosis* kérdése. Mint a bevezetőben erre rámutattunk, feltehető, hogy a cs., illetve cy. kezelést indokló malignus alapbetegség rosszabb prognoszt jelez. A szokványos laboratóriumi értékek közül egyedül talán csak a thrombocyta-számnak van prognosztikai értéke. A v. kezdetekor mért alacsony thrombocyta-szám — úgy látszik — súlyosabb, atypusos lefolyás előjele lehet. Nem lehet mindig eldönteni, hogy ez az alapbetegségnek vagy magának a v.-nak a következménye-e. Espinoza ugyanis haemorrhagiás v.-ban elhalt gyermek megakaryocytaiban V.—Z. vírusnak megfelelő képleteket mutatott ki (8). Nem kaptunk a prognoszt nézve felvilágosítást a v. kezdetéig alkalmazott szerek minőségére és mennyiségére vonatkozó adatokból. Mint erre az előbbieken utaltunk, a v. lefolyása a szervezet cellularis immunfunctióinak aktuális állapotától függ.

Összesített adatok

2. táblázat

	Alapbetegség			Va. alatt is			Életkor (év)	Fvs. szám	Thrombocytaszám	Hb. (g%)
	Leu cosis	Egyéb malig- nus	Egyéb	Pr.	cy.					
Typusos varicella, gyógyult betegek	3	3	—	2	2	Átlag	4,5	6200	124 800	10,7
						Szélső értékek	1—8	1600—12 000 (27 000)*	62 000—230 000 (460 000)*	9,4—11,9
						Medián	4	4000	130 000	10,6
Atypusos varicella, túlélő betegek	7	1	2	4	3	Átlag	5,6	4700	80 780	10,7
						Szélső értékek	8 hó —11 év	1400—8000	24 000—132 000	8,7—12,2
						Medián	6	4800	80 000	10,8
Atypusos varicella, meghalt betegek	5	1	1	6	6	Átlag	7,0	4060	78 000	9,3
						Szélső értékek	3—16	2200—5400 (60 000)*	18 000—125 000	7,4—10,9
						Medián	6	4200	83 000	9,4

* egyetlen kiugró érték.

A prognózisra nézve tehát felvilágosítást — úgy látszik — csak a cellularis immunitás mérésére szolgáló konkrét módszerek (19) alkalmazásától várhatunk, s ilyen irányú vizsgálataink folyamatban vannak.

A harmadik a megkezdett *therapia* folytatásának kérdése a v. alatt. Abban ma már meggyeznek a vizsgálók, hogy a cs. *therapiát* a v. alatt folytatni kell, mert a hirtelen abbahagyott *therapia* acut mellékvese-elégtelenséghez vezethet (4, 27). Nehezebb kérdés a cy.-ok alkalmazása a v. alatt, különösen progressióban levő alapbetegség esetén. A mi adataink a cy.-ok kihagyása mellett látszanak érvelni: 16 gyógyult betegünk közül mindössze 5, 7 meghalt betegünk közül 6 kapott cy.-ot varicella alatt. Nem tudjuk azonban megmondani, hogy a v. lethalis kimenetelért mennyire tehető felelőssé az alapbetegség.

A negyedik kérdés a súlyos v. *gyógyításának* problémája. Ma már ennek megoldása sem tűnik reménytelennek. A chemotherapeuticumok közül a v. vírus replicációját gátló cytosinarabinosid *therapiára* vonatkozó eredmények ellentmondásosak (10, 15, 31, 34, 36, 37, 38). Két esetünkben magunk sem láttunk eredményt tőle. Ugyancsak nem egyértelműek az IDU-ra vonatkozó tapasztalatok sem (10). A legtöbb kilátással a human leukocytákból kivonható transferfaktor, továbbá az interferon *therapia* kecsegtet (1, 3, 13, 16, 18).

Az ötödik kérdés a *prophylaxisé*. Bár úgy látszik, hogy rövidesen megoldódik a v. elleni aktív immunizálás kérdése is (24), ennek elsősorban a nem malignus alapbetegségben szenvedő, csak steroid *therapiában* részesülő gyermekek szempontjából lesz jelentősége. A malignus betegségek és a cy. kezelés még a természetes v. átvészelése utáni immunitást is felfüggesztik, így ezeken a betegeken az többször is jelentkezhet (2, 15, 32). A passzív *prophylaxis* kérdését Brunell és mtsai (5) oldották meg a zoster-immunglobulinnal (ZIG), s eredményeiket azóta többen megerősítették (12, 21, 22). A herpes zosteren nemrég átesett egyének immunglobulinja ugyanis — az incubációs idő elején adva — passzív kivédi a v.-t, s ez a védelem a szervezet immunfunctióitól független. Egyesek szerint (2, 15, 32) a zoster-reconvalescens plasmától, illetve ZIG-től valamelyes gyógyító hatás is várható.

Az acut lymphoid leukaemiás betegek életkilátásai a korszerű *therapia* mellett jelentősen megnöttek (23, 28, 35), s progressio várható más, malignus betegségek *therapiája* terén is. Az intercurrentis v. a legjobban beállított *therapia* eredményeit egy csapásra romba döntheti, s a gyermek életét követeli. Munkánk célja az volt, hogy a cs. és cy. kezelésben részesülő gyermekek varicellájának számos, megoldatlan problémájára felhívjuk a figyelmet és ezzel e problémák hazai kutatásának is nagyobb lendületet adjunk.

Összefoglalás. A szerzők az irodalom és saját 23 (ebből 20 malignus betegségben szenvedő) betegük adatai alapján összefoglalják a corticosteroid és cytostatikus kezelésben részesülő gyermekek varicellájának kérdéseit. Eseteik közül 17-ben a varicella a szokványostól eltérő formában zajlott le, s közülük 7 beteg meghalt. Ismertetik ezen atypusos varicellának a klinikai képét. Megállapítják, hogy az alkalmazott gyógyszerek minőségéből és mennyiségéből nem lehet a varicella prognózisára következtetni. A varicella kezdetekor mért alacsony thrombocyta-szám rossz prognózisra utalhat. A szerzők végül röviden vázolják a corticosteroid és cytostatikus kezelésben részesülő gyermekek varicellájával kapcsolatos diagnosztikus, prognosztikus, *therapiás* és *prophylacticus* kérdéseket.

Köszönetnyilvánítás: A szerzők köszönetüket fejezik ki Schuler Dezső professzornak az anyag feldolgozásához nyújtott értékes segítségéért.

Megjegyzés: a cs. és cy. kezelésben részesült és varicellában elhalt gyermekek kóronctani elváltozásairól a László Kórház kóronctani osztálya külön közleményben fog beszámolni.

IRODALOM: 1. Ahström, L. és mtsai: Lancet. 1974, I, 166. — 2. Akio Kobayashi, Yoshiro Ohbe: Mschr. Kinderheilk. 1973, 121, 54. — 3. Armstrong, R. W. és mtsai: New Engl. J. Med. 1970, 283, 1182. — 4. Bartsokas, St. K.: Mschr. Kinderheilk. 1971, 119, 178. — 5. Brunell, P. A. és mtsai: New Engl. J. Med. 1969, 280, 1191. — 6. Burnet, F. M.: Lancet. 1968, II, 610. — 7. Dux E. és mtsai: Kinderärztl. Prax. 1962, 30, 495. — 8. Espinoza, C., Kuhn, Ch.: Amer. J. Clin. Pathol. 1974, 61, 203. — 9. Falliers, C. J., Ellis, E. F.: Arch. Dis. Child. 1965, 40, 593. — 10. Feldman, S. és mtsai: Amer. J. Dis. Child. 1973, 126, 178. — 11. Finkel, K. C.: Pediatrics. 1961, 28, 436. — 12. Gershon, A. A. és mtsai: New Engl. J. Med. 1974, 290, 243. — 13. Grob, P. J. és mtsai: Münch. med. Wschr. 1975, 117, 517. — 14. Haggerty, R. J., Eley, R. C.: Pediatrics. 1956, 18, 160. — 15. Howarth, C. B.: Lancet. 1974, II, 342. — 16. Isaacs, A. és mtsai: Lancet. 1962, I, 873. — 17. Johnson, R. W. P., Nelson, A. M.: Brit. Med. J. 1960, II, 1183. — 18. Jordan, G. W. és mtsai: J. Infect. Dis. 1974, 130, 56. — 19. Jordan, G. W., Merigan, T. C.: J. Infect. Dis. 1974, 130, 495. — 20. Josserrand, P. és mtsai: Pédiatrie. 1953, 8, 947. — 21. Judelsohn, R. G. és mtsai: Pediatrics. 1974, 53, 476. — 22. Kay, H. E. M., Maycock, M. D'A.: Lancet. 1974, II, 298. — 23. Kemény P. és mtsai: Orv. Hetil. 1975, 116, 558. — 24. Michiaki Takahashi és mtsai: Lancet. 1974, II, 1288. — 25. Nichols, W. W.: J. Dis. Child. 1957, 94, 219. — 26. Nyerges G.: Gyermekgyógyászat. 1975, 26, 165. — 27. Pinkel, D.: J. Pediat. 1961, 58, 729. — 28. Pinkel, D. és mtsai: Pediatrics. 1972, 50, 246. — 29. Pirquet, Cl.: Arch. Int. Med. 1911, 7, 259, 383. — 30. Pirquet, Cl.: Z. Kinderheilk. 1913, 6, 1. — 31. Prager, D. és mtsai: J. Pediat. 1971, 78, 321. — 32. Resnick, J., Schanberger, J. E.: J. Pediat. 1973, 83, 451. — 33. Roschlau, G.: Münch. med. Wschr. 1967, 109, 1889. — 34. Schimpff, S. C. és mtsai: J. Infect. Dis. 1974, 130, 673. — 35. Schuler, D. és mtsai: Orv. Hetil. 1975, 116, 554. — 36. Seligman, B. R., Rosner, F.: Lancet. 1970, I, 307. — 37. Stevens, D. A. és mtsai: New Engl. J. Med. 1973, 289, 873. — 38. Stevens, D. A., Merigan, T. C.: J. Pediat. 1972, 81, 562. — 39. Wallis, K. és mtsai: Acta Paed. Scand. 1972, 61, 98. — 40. Williams, V. és mtsai: J. Infect. Dis. 1974, 130, 669.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
IV. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Gábor György dr.),
Közegészségtani és Járványtani Intézet
(igazgató: Vedres István dr.)

Szérum fehérje változások- és szívizomellenes autoantitest kimutatása primér cardiomyopathiákban

Cserhalmi Livia dr. és Nagylucskay Sándor dr.
Technikai munkatárs: Laczi Istvánné

Először a rheumás szívbetegség aetiológiai kutatása során derült fény az immunológiai tényezők jelentőségére a szív és vérérdények betegségeiben (14).

Később egyéb cardialis kórképekben (post-cardiotomiás, postinfarctusos syndroma) is kimutattak a szívizommal, illetve a szívizom különböző frakcióival szembeni autoantitesteket. A generalizált autoallergiás betegségek közül leggyakrabban lupus erythematosus disseminatus és polyarteritis nodosa esetén mutatható ki cardialis károsodás. Az immunmechanizmus kiindulópontja lehet a szívizom rheumás, traumás és ischaemiás károsodása (11), de infectív microorganizmusok is előidézhethetnek autoallergiás folyamatot (3, 10).

Primaer cardiomyopathiákban ugyancsak felmerült már immunológiai folyamatok szerepének lehetősége, mivel ezen kórképekben is észleltek már a szérumban autoantitesteket (6, 15, 21, 24).

Munkánk a cardiomyopathiában lehetséges immunológiai folyamatok kimutatására irányult. E célból vizsgáltuk a szívizomellenes autoantitest előfordulási gyakoriságát, az immunglobulinok szérumkoncentrációját és frakcióit, valamint a szérum fehérjék összetételét a primaer szívizom-betegségek két fő típusában, asymmetrikus septum hypertrophiában (továbbiakban ASH), vagyis primaer hypertrophiás cardiomyopathiában, valamint congestiv cardiomyopathiában (továbbiakban COCM).

Betegek

Vizsgálatainkat összesen 54 primaer szívizom-betegségben szenvedő egyén véreből végeztük el. Negyvennégy betegen az anamnézis, a status, az EKG, a PKG és a mechanogramok, valamint az angiocardiographia és az echocardiographia alapján ASH-t, 10 betegen pedig COCM-t állapítottunk meg. Az ASH-

ban szenvedő betegek közül 11 esetben utaltak a vizsgálatok a bal kamra kiáramlási obstructiójára. Betegeink között 41 férfi, 13 nő volt. Az átlagos életkor ASH-ban 31 év, COCM-ben 35 év volt.

Vizsgálati anyagok és módszer

I. A szívizomellenes autoantitest kimutatása

a) Antigen preparátumként baleset következtében meghalt, egészséges, a vizsgált beteggel megegyező vércsoportú és nemű emberek szívizomból készült sejtszuspenzió és sejtmentes kivonat szolgált.

b) Eljárások: 1. Steffen-test, 2. passzív haemagglutinatio, 3. ellenáramlásos elektroforézis.

Az autoantitest pozitivitást akkor tekintettük igazoltnak, ha a passzív haemagglutinatio mellett a másik két módszer valamelyike is pozitív eredményt adott.

c) 87 olyan egyénnel is elvégeztük a fenti vizsgálatokat, akiknél szívbetegség kizárható volt. A 87 egyén közül 43 esetében negatív, 45 esetében pozitív eredményt adtak a májfunkciós próbák.

II. A szérum fehérjék vizsgálata a következő módszerekkel

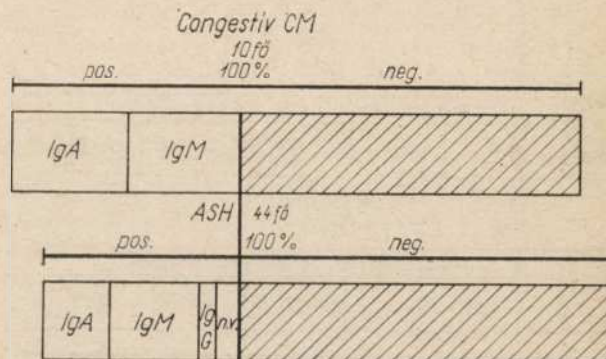
a) Kvalitatív immuno-elektroforézis. (Scheidegger-féle micromódszer).

b) Az immunglobulinok mennyiségi meghatározása (Mancini—Fahey-féle eljárás).

c) A normál értékek vizsgálatát 100 normál savó keverékéből végeztük. Normál értékeink a következők voltak: IgM: 80—150 mg%, IgG: 800—1500 mg%, IgA: 280—320 mg%.

Eredmények

Az ASH csoportban a vizsgált 44 beteg közül 15 szérumában volt kimutatható *szívizomellenes autoantitest*. A COCM csoportban 10 beteg közül 4 esetében észleltünk pozitivitást. A két csoport közti különbség nem volt szignifikáns. A szívizomellenes autoantitest kimutatásakor negatív kontrollként használt 27 „0” „Rh poz.” vércsoportú egészséges, ép immunapparátusú egyén savójában és a Humán Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet által gyártott „standard normál human szérum diagnosztikum”-ban (liofilizett, Gy. sz. L—11, 71060 liof. sz.), az általunk használt szíveredetű antigen preparátumokkal reagáló ellenanyagokat egy esetben sem mutattunk ki. A kontrollként használt 87 egyénből álló nem szívbeteg csoportban sem negatív, sem pozitív májfunkció esetén



1. ábra.

A szívizomellenes autoantitest előfordulási gyakorisága és immunglobulin osztálya ASH-ban és COCM-ben (n. v. = nem vizsgált)

nem volt autoantitest a savóban, illetve egy esetben kétséges eredményt kaptunk a pozitív májfunkciójú csoportban.

A szívizomellenes autoantitest immunglobulin osztálya az ASH csoportban 7 esetben IgM, 5 esetben IgA és 1 esetben IgG típusú volt. A COCM csoportban a betegeken fele-fele arányban fordult elő IgA és IgM típusú autoantitest (1. ábra). Az immunglobulinok szérumkoncentrációját 53 betegen vizsgáltuk és mindkét csoportban a betegek 90%-ában fokozottnak mutatkozott. Rendszerint 2–3 Ig osztály együttes felszaporodása volt kimutatható, de előfordult egyféle immunglobulinkoncentráció fokozódása is.

Az ASH csoportban a betegek egyharmadában izoláltan IgA (9 eset), vagy IgM (3 eset) szaporodott fel a szérumban, az esetek többi részében több Ig osztály együttes koncentrációfokozódása volt észlelhető, a következő kombinációkban: IgA + M (12 eset), IgA + M + G (7 eset), IgM + G (5 eset) és IgA + G (3 eset). A COCM csoportban izoláltan csak IgM felszaporodás volt észlelhető, 10 közül 2 betegen, leggyakoribb az IgA + M kombináció volt (4 eset), míg az IgA + M + G, IgA + G és IgM + G kombináció egyforma gyakorisággal fordult elő (2. ábra).

Az egyes immunglobulin frakciók felszaporodásának gyakoriságát is megvizsgáltuk. Az ASH csoportban a 43 beteg közül az IgA szérumkoncentrációja 31 esetben, az IgM-é 27 esetben, az IgG-é 15 esetben mutatott fokozódást. COCM-ben 10 beteg közül 8 szérumában volt IgM, 6 esetben IgA és 3 esetben IgG szaporulat (3. ábra).

A szérumfehérjék kvalitatív immunoelektroforézisét 46 beteg esetében végeztük el. ASH-ban egy beteg kivételével, minden esetben megváltozott szérumfehérje-összetételt találtunk. Az immunglobulinok mellett elsősorban a lipoproteinek (alfa és béta lipoprotein) és az alfa₂ macroglobulin koncentrációjában volt változás (4. ábra). A 36 ASH-ban szenvedő betegből 24 esetében észleltük az immunglobulinok és lipoproteinek együttes felszaporodását, amelyhez 10 beteg szérumában alfa₂ macroglobulin-szaporulat társult. Öt beteg szérumában az immunglobulinfokozódás mellett csak alfa₂ macroglobulin-szaporulat volt látható, 6 betegen eltérő képet kaptunk, tehát az immunglobulinok mellett egyéb szérumösszetevők (transfer-

rin, praealbumin, alfa₁ glycoprotein) koncentrációjában volt észrevehető változás.

COCM-ben 9 betegből 4 szérumában találtunk együttes immunglobulin- és lipoproteinkoncentráció-fokozódást, amelyhez egy esetben alfa₂ macroglobulinkoncentráció-fokozódás is társult. Az immunglobulinok és az alfa₂ macroglobulin együttes szaporulata is előfordult ebben a csoportban is egy betegen. Eltérő képet (Ig és praealbuminszaporulat) és normális szérumfehérje-összetételt egy-egy betegen észleltünk.

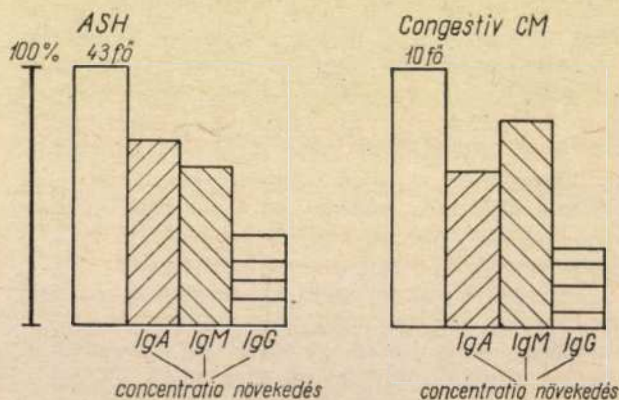
Az immunglobulinok és lipoproteinek együttes felszaporodásának előfordulási gyakorisága ASH-ban és COCM-ben nem mutatott szignifikáns különbséget.

Megbeszélés

Vizsgálataink során a primaer cardiomyopathia két alapvető típusában, úgymint primaer hypertrophiás cardiomyopathiában avagy asymmetrikus septum hypertrophiában (ASH) (4, 5, 12, 13) és primaer congestiv cardiomyopathiában (COCM) (12) kutattuk immunológiai folyamatok bizonyítékait.

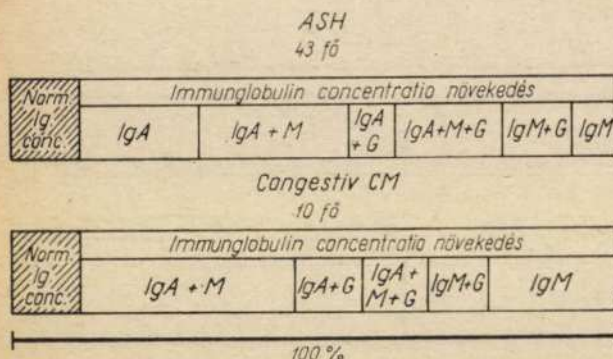
Asymmetrikus septum hypertrophiában végzett hasonló vizsgálatokra nem találtunk utalást az irodalomban.

Az idiopathiás szívizombetegségekben leginkább a szívizomellenes autoantitest előfordulását vizsgálták. Shaper és mtsai (21), valamint Van der



3. ábra.

Az egyes immunglobulin osztályok koncentráció-növekedésének előfordulási gyakorisága betegcsoportjainkban



2. ábra.

Az immunglobulin szérumkoncentráció megoszlása betegeinkben

Geld (23, 24) endomyocardialis fibrosisban, Klajman és mtsai (16) familiáris, de heterogén típusú cardiomyopathiában, Zoutendyk (2) terhesség utáni szívizombetegségben írta le megjelenését a szérumban. Az ASH spectrumába tartozó idiopathiás hypertrophiás subaortikus stenosisban Das és mtsai (6) 11 betegük 82%-ában mutattak ki indirect fluorescens technikával szívizomellenes autoantitestet, míg Kirsner és mtsai (15) csak 28%-ban észlelték megjelenését, mely nem mutatott korrelációt a betegség periódusaival és a funkcionális statussal.

Vizsgálataink során az ASH-ban szenvedő betegek egyharmadában igazoltuk keringő szívizomellenes autoantitestek jelenlétét a szérumban. Ezek

részen sejtellenes, részben sejt kivonatellenes antitestek voltak. Figyelembe kell azonban vennünk, hogy a keringő autoantitestek jelenléte feltételezi a myocardiumhoz kötődött autoantitesteket is (19). A szívizomellenes autoantitestek kimutathatósága és a betegek klinikai állapota között vizsgálataink során nem találtunk összefüggést.

COCM-ben az autoantitestek előfordulási aránya nem tért el lényegesen az ASH csoportban észleltől.

A szívizomellenes autoantitest immunglobulin osztálya ASH-ban leggyakrabban IgM volt, majd IgA következett, COCM-ben egyenlő arányban fordult elő IgM és IgA típusú autoantitest. Az IgG típusú autoantitest fordult elő legritkábban — COCM-ben nem is észleltük —, szemben Das és mtsai (6) eredményeivel.

Az immunglobulinok szérumkoncentrációja mindkét típusú cardiomyopathiában a betegek 90 százalékában magasabb volt a normális értéknél, így ezt igen jelentős tünetnek tartjuk. Az irodalomban Kirsner és mtsai (15) említették súlyosabb esetekben és főként keringési elégtelenség kifejlődésekor az Ig szint növekedését cardiomyopathiás betegeiken.

ASH-ban szenvedő betegeink közül senkinek sem volt keringési elégtelensége, így az immunglobulinkoncentráció-fokozódásban nem játszhatott szerepet congestiv hepatomegalia, illetve máj-laesio. Az immunglobulin szint növekedése nem mutatott összefüggést a betegek funkcionális állapotával, illetve a betegség súlyossági fokával és megjelenési formájával.

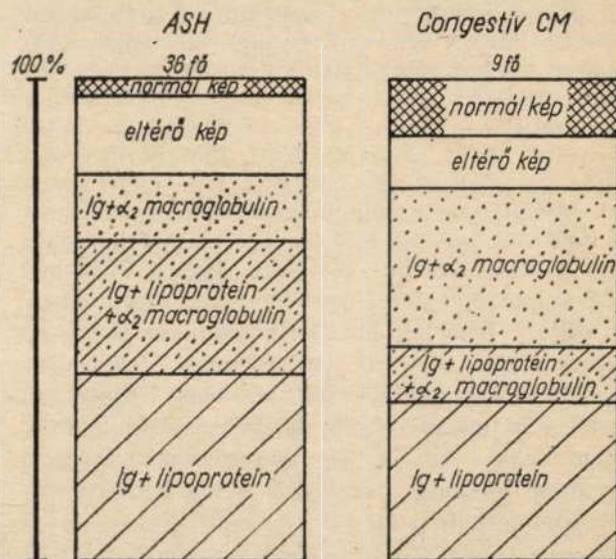
COCM-ben a betegség lényegéből kifolyólag szóba jöhet a pangásos máj-laesio közrejátszása, de ebben a csoportban sem volt összefüggés a keringési elégtelenség súlyossága, a máj nagysága és az Ig szint között.

Az immunglobulinok osztályanalízise szerint ASH-ra az IgA koncentrációfokozódás tekinthető leginkább jellemzőnek, COCM-ben IgM szaporulat volt a leggyakoribb. Megemlítenéd, hogy mindkét csoportban az IgG koncentráció fokozódása volt a legritkább.

Mind a szívizomellenes autoantitest kimutatásából, mind az immunglobulinok szérumkoncentrációjának emelkedéséből azt a következtetést vontuk le, hogy mind ASH-ban, mind COCM-ben igazolhatók immunfolyamatok. További vizsgálatok szükségesek annak eldöntésére, hogy van-e aetiológiai szerepük, avagy következményes jelenségnek tekinthetők.

A szérum fehérjék kvalitatív analízise során figyelemre méltó jelenségnek tartottuk, hogy meglehetősen egységes immunoelektroforetikus képet találtunk a vizsgált betegeken. Az immunglobulinkoncentráció-fokozódás mellett elsősorban a lipoproteinek (mind az alfa, mind a béta lipoprotein) és az alfa₂ macroglobulin szaporulata jellemzi a szérum fehérjék összetételét. A szérum fehérje kép, nevezetesen a lipoprotein szaporulat, nem hozható összefüggésbe coronaria sclerosissal, ugyanis COCM-ben ennek kizárása a diagnózis felállításának differenciáldiagnosztikai kritériuma volt. ASH-ban a betegek átlagéletkora 31 év volt,

csak 16 beteg volt 40 éven felül. Az angiocardio-graphia jól telődő coronariákat ábrázolt és a 6 esetben elvégzett direct coronarographia sem utalt coronaria sclerosisra. Egy betegen észleltünk csak izolált coronaria plakkot, de ezen beteg szérum fehérje képe is a típusos elváltozást (Ig, lipoprotein és alfa₂ macroglobulin szaporulat) mutatta,



4. ábra.

A szérum fehérjék immunoelektroforézis útján vizsgált összetételét szemléltetjük ASH-ban és COCM-ben

csak az IgM és IgG praecipitációs csíkjának különbözött a lefutása.

Feltétlen figyelemre méltónak tartjuk a vizsgálataink során a primaer, eddig ismeretlen okból létrejövő szívizombetegségekben talált szérum fehérje eltéréseket, amelyeket a következőkben foglalkunk össze.

1. Az összes betegek valamivel több mint egyharmadában kimutatható volt szívizomellenes autoantitest. Ez az esetek csaknem felében (19-ből 9 esetben) IgM típusú, 7 esetben IgA típusú immunglobulin volt.

2. A másik lényeges megfigyelésünk, hogy a cardiomyopathia típusától függetlenül a betegek 90%-ában emelkedett volt az immunglobulinok szérumkoncentrációja. Az IgA és az IgM koncentrációfokozódás fordult elő leggyakrabban az összes esetek háromnegyed részében, az IgG csak az esetek egyharmadában szaporodott fel.

3. A szérum fehérjék változásaiban jellemzőnek tartjuk az immunglobulinok és a lipoproteinek (alfa és béta lipoprotein) szintjének együttes emelkedését, mely az összes cardiomyopathiás beteg kétharmadában kimutatható volt.

A fenti eredményeket ASH-ra jellemzőnek tarthatjuk, mivel a betegség eddig ritka voltát figyelembe véve 43 beteg már reprezentánsnak tekinthető. COCM-ben a betegek kisebb száma miatt még megerősítésre szorulnak. Sem a hazai, sem a külföldi irodalomban nem találtunk konkrét adatokat a korszerű vizsgálmódszerekkel elkülönített és igazolt primaer cardiomyopathiák immunopathológiájáról. Eredményeink viszont

amellett szólnak, hogy az immunológiai folyamatok vizsgálata primaer szívizombetegségekben további figyelmet érdemel.

Összefoglalás. 44 primaer hypertrophiás cardiomyopathiában (asymmetrikus septum hypertrophia, ASH) és 10 primaer congestiv cardiomyopathiában (COCM) szenvedő beteg véréből végeztek el a szívizomellenes autoantitest kimutatását és vizsgálták az immunglobulinok szérumkoncentrációját és frakcióit, valamint a szérum fehérjék összetételét. Az összes beteg valamivel több mint egyharmadában mutattak ki szívizomellenes autoantitestet, mely leggyakrabban IgM és IgA osztályba tartozott. A betegek 90%-ában emelkedettnek találták az immunglobulinok szérumkoncentrációját. Az IgA és IgM koncentráció fokozódása volt a leggyakoribb, ASH-ban IgA, COCM-ben IgM szaporodott fel a legtöbb beteg szérumában. A szérum fehérjék kvalitatív analízise során az immunglobulinok koncentrációjának fokozódása mellett a lipoproteinek (alfa és beta lipoprotein) és az alfa₂ macroglobulin felszaporodását találták jellemzőnek. Az Ig és lipoproteinkoncentráció együttes fokozódása az összes beteg kétharmadában kimutatható volt.

IRODALOM: 1. Camp, T. F. és mtsai: Am. Heart J. 1969, 77, 610. — 2. Cardiomyopathies. Kiadó: Bajusz E., Róna G., München—Berlin—Wien, 1974. — 3. Cordeiro, A.: Előadás a VI. európai kardiológiai kongresszus, Madrid, 1972. — 4. Cserhalmi L.: Az Orvostudomány Aktuális Problémái. Szerk.: Fischer A. Medicina, Bp. 1971. — 5. Cserhalmi L., Rév J.: Orvosi Hetilap. 1975, 116, 2163. — 6. Das, S. K., Cassidy, J. T., Petty, R. E., Arbor, A.: Am. Heart J. 1972, 83, 159. — 7. Das, S. K., Dodson, V. N.: Circ. 1969, 40, (Suppl. 3.) 66. — 8. Das, S. K., Dodson, V. N., Willis, P. V.: Am. J. Cardiol. 1969, 23, 108. — 9. Fletcher, G. F., Wenger, N. K.: Circ. 1968, 37, 1032. — 10. Gear, J. H. S., Measroch, V.: In: Cardiomyopathies. Kiadó: Bajusz E., Róna G., München—Berlin—Wien, 1974. — 11. Gerő S., Székely J.: Cor et Vasa. 1974, 16, 233. — 12. Goodwin, J. F.: Lancet. 1970, 1, 731. — 13. Henry, W. L., Clark, C. E., Epstein, S. E.: Circulation. 1973, 47, 827. — 14. Kaplan, N. H., Frengley, J. D.: Am. J. Cardiol. 1969, 24, 459. — 15. Kirsner, A. B., Hess, E. V., Fowler, N. O.: Am. Heart J. 1973, 86, 625. — 16. Klajman, A. és mtsai: Am. J. Cardiol. 1971, 28, 707. — 17. Olsen, E. G. J.: In: Hypertrophic obstructive cardiomyopathy. Ciba Foundation, Study group No. 37. J. and A. Churchill, London, 183. old. 1964. — 18. Robinson, J., Anderson, T., Griebel, H.: Előadáskivonat. Clin. Res. 1966, 14, 335. — 19. Sanders, V., Ritts, R.: JAMA. 1965, 59, 194. — 20. Scheidegger, J. J.: Int. Arch. Allergy Appl. Immunol. 1955, 7, 103. — 21. Shaper, A. G. és mtsai: Lancet. 1967, 1, 598. — 22. Teare, D.: Brit. Heart J. 1958, 21, 1. — 23. Van der Geld, H.: Lancet. 1964, 2, 617. — 24. Van der Geld, H. és mtsai: Lancet. 1966, 2, 1210.

A ritka természeti adottságok alapján keletkezett gyógyforrások, gyógyiszapok széles körű felhasználásának gátat vet a helyhez kötöttség. Ezen segítünk oly módon, hogy a gyógyiszapot kompresszekbe csomagolva a beteg otthonába visszük.

A már jól ismert hévízi rádiumos iszapkompressz mellett a gyógyszertárakban kapható:

„MAROSI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ”

Az Országos Közegészségügyi Intézet vizsgálatai alapján a marosi gyógyiszapkompressz forgalomba hozatalát az Egészségügyi Minisztérium engedélyezte. A vizsgálatok igazolták, hogy a marosi iszap hatásában azonos a hévízi iszapével.

A peloidok indikációs területe elsősorban a subacut és krónikus mozgásszervi folyamatok esetében van. Indikációs területe széles. Iszapkezeléseket alkalmazhatunk: arthrosisok, krónikus izom- és perifériás idegbetegségek, arthralgiák, krónikus arthropathiák, M. Bechterew, fibrositisek, arthritis urica rohammentes időszakában, tendovaginitisek, posttraumás állapot, baleseti sérülések utókezelésére.

Acut folyamatokban alkalmazásuk kontraindikált, mivel az intenzív melegítés aktiválóló hat a folyamatokra. Kontraindikált ezenkívül cardialis decompensatio, hypertonia, súlyos bőrbetegségek, nyílt sérülés, rosszindulatú tumor, láz, fertőző betegségek esetén.

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján a szakrendelések minden megkötöttség nélkül rendelhetik.

A marosi iszapkompressz ötféle alakban van forgalomban, így számozás szerint az alábbi testrészekre alkalmazható:

- I. sz. hát – váll, felkar – mell
- II. sz. derék – végtag
- III. sz. lábfej – boka (csizma)
- IV. sz. kézfej – csukló
- V. sz. has (főleg gynecológiai területen)



Országos Kardiológiai Intézet

Az aorta és mitralis billentyű betegség műtéti correctiójának indicatioi

Gábor György dr.

A szerzett és vele született szívhibák műtéti úton történő correctiója viszonylag rövid múltra tekint vissza. Ennek következménye, hogy jelentős nemzetközi tapasztalat ellenére a műtéti indicatio terén még ma sincs minden tekintetben egységes álláspont. Nem ritka, hogy műtetre nem szoruló betegeknek ajánlja kezelő orvosa a műtétet, amellyet, ha nem végeznek el, fennáll a iatrogen ártalom lehetősége. Gyakoribb és súlyosabb következményekkel jár az, amikor a kezelő orvos a műtét elvégzéséről a beteget lebeszéli, illetve a műtéti indicatio felállításával addig vár, amíg az már elkészt.

Dolgozatunkban az eddigi tapasztalatok tükrében arra szeretnénk rámutatni, hogy milyen jelentősége van az időben elvégzett műtétnek, nagyszámú eset elemzése és biometriai értékelése alapján és kevesebb súlyt fektetünk a pathológiai vagy haemodynamikai elváltozások ismertetésére.

A szívűtétek elterjedésének előfeltétele a pontos morphológiai diagnosis felállítása volt, ami a szívűregek katheterezésének mindennapi elterjedésével vált lehetségessé. E módszer alapján tájékoztatást nyerünk a szívűregekben levő nyomásviszonyokról, továbbá cine-angio-cardiographiával megállapíthatóvá válik a kóros elváltozás természete és annak nagysága is.

A korszerű diagnosztikai módszerek elterjedésével párhuzamosan fejlődött a szívhibák műtéti megoldásának technikája, az optimalis módszerek kidolgozása, a betegek műtéti előkészítése és utókezelése, és nem utolsósorban a műtét egyre pontosabb indicatiójának meghatározása.

A szívhibák műtéti correctióját világszerte több tíz- vagy százezer betegen végezték el. Az operált betegek 5—10 éven át történő megfigyelése alapján megbízható adatokat nyertünk a műtét korai és késői eredményeinek értékelésére és ennek alapján a műtéti indicatio felállítása is pontosabbá vált.

Az irodalomban található beszámolók nagy része

az operált és nem operált betegek mortalitásának alakulását vizsgálja (1—10). Ezek az adatok önmagukban igen értékesek abból a szempontból, hogy képet kapunk, milyen különbség van a túlélési időt illetően a nem operált, csak belgyógyászati úton kezelt vitiumos és az operált betegek túlélési idejében. Viszonylag kevesebb, de jól kontrollált és megbízható adatokat tartalmazó beszámolók nemcsak a túlélési időt veszik figyelembe, hanem azt is, hogy a betegek állapota a követési időn belül romlott vagy javult-e. Ez utóbbi esetben a javulás tartós volt vagy csupán átmeneti.

A szívhibák, ha azokat magukra hagyják, előbb-utóbb annyira megterhelik a keringést, hogy az elégtelenné válik és jelentkeznek a cardialis decompensatio tünetei. Bár az esetek nagy részében ez a leggyakoribb következmény, mégis a betegség természetes lefolyásának jobb megismerése érdekében az utánkövetés ideje alatt figyelmet kell fordítani más szövödményekre is, mint például rhythmus-zavarok, thromboemboliás szövödmények, szívizomgyulladás recidiva stb. Az operált és nem operált betegek között e vonatkozásban mutatkozó különbségek teszik teljesebbé a képet.

Az irodalomban megjelent közleményeket figyelembe véve tehát, többé-kevésbé megbízható képet kapunk a vitiumos betegek sorsát illetően, nevezetesen a mortalitás, a beteg állapotának változása és a szövödmények gyakorisága tekintetében.

A szerzett billentyűhibák túlnyomó többsége, csaknem 90%-a rheumás carditis következménye. E betegség az elmúlt évek során jelentős átalakuláson ment keresztül, amennyiben egyre ritkábban találkozunk heveny lefolyású, magas lázzal járó és szinte az észlelő orvos füle alatt kialakuló pathológias zörejt okozó kórképpel. E helyett a carditis általában tünetszegényen, szinte láppangva zajlik le. Ennek következménye, hogy a szívhibát is rendszerint későn veszik észre. Az egyik legelterjedtebb vitium a mitralis stenosis hallgatózási leletei, pl. az esetek kétharmadában csak 10 évvel a rheumás láz lezajlása után válnak észlelhetővé és csak 20 évvel az alapbetegség után jelentkeznek a beteg panaszai. Az utánkövetés is legjobb esetben a zörej kialakulása után kezdődött (15). Kisebbség nagyobb időbeli eltéréssel hasonlóan a helyzet más rheumás eredetű vitium kialakulásában is. Ez a tény a vitiumok természetes lefolyásának pontosabb megismerését megnehezíti, hiszen a túlélési időt vagy akár a beteg állapotának romlását nem tudjuk a betegség kezdetétől számítani, hanem legjobb esetben attól az időponttól, amikor a szívhibát az orvos felfedezi. E nehézségek ellenére legalább a betegség lefolyásának tendenciája megállapítható és így a műtét létjogosultságára következtetés vonható le.

Bár a mortalitás alakulása és a betegek állapotának változása a megfigyelés időszaka alatt alapot szolgáltat megbízható következtetések levonására, mégis egyedi esetben egy sor más tényezőt is figyelembe kell venni, mint pl. a szívizom actualis állapotát, a betegek életmódját és munkakörülményeit, a szociális helyzetét stb. A biometriai feldolgozás csupán iránytűt kíván adni

A szájadék felülete	Nyugalomban			Terheléskor		
	b. pitvari nyomás	a. pulm. nyomás	perc.tér.fogat	b. pitvari nyomás	a. pulm. nyomás	perc.tér.fogat
4-6 cm ² normális	norm.	norm.	norm.	norm.	norm.	norm.
1,5-2,5 cm ² enyhe stenosis	norm.	norm.	norm.	↑	↑	↑
1,1-1,5 cm ² közepesen súlyos	↑	↑	norm.	↑	↑	↑
0,6-1,0 cm ² súlyos	↑	↑	↓	—	—	—

1. ábra.

az orvos kezébe, de a végső döntés minden körülmény figyelembevételével mégis a kezelő orvos mérlegelésének tárgyát képezi.

I. Mitralis vitiumok

Mitralis stenosis a szerzett szívbetegségek egyik leggyakoribb formája. A betegség lényege, mint az ismeretes, a bal vénás szájadék szűkülete. Normálisan a szájadék területe 4–6 cm². Enyhe mitralis stenosisban a szájadék 2,5 cm²-re szűkül. Ilyen fokú stenosis általában panaszokat még nem okoz, a betegek nemcsak megszokott fizikai tevékenységüket képesek folytatni, hanem kivételesen nagyobb testi megerőltetést is panasz nélkül végeznek. 2 cm²-nél kisebb, 1,5 cm²-nél nagyobb felülettel járó szűkület esetében a betegeknek már panaszai vannak, amelyek elsősorban fizikai megerőltetés során jelentkeznek. 1,1–1,5 cm² felületű szűkület esetén többnyire már nyugalomban is jelentkeznek panaszok mint amilyen az éjjeli nehézlégzés (köhögés), ritkábban rhythmus-zavar is társul a kórképhez (pitvar-fibrillatio). 1,1 cm²-nél kisebb stenosis már állandó panaszokat okoz, amelyek között dominál a beteg nehézlégzése (1. ábra).

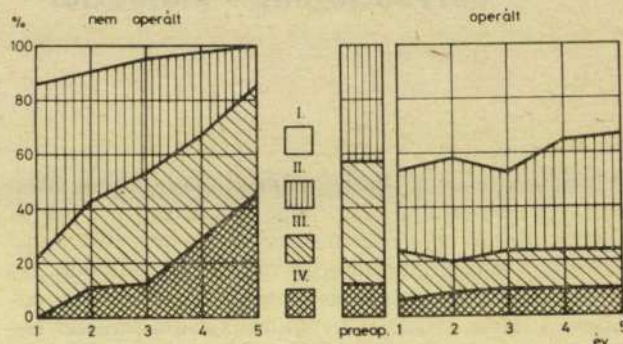
A szűkület következménye, hogy a pitvar nem ürül ki teljesen és ennek következtében előbb-utóbb kitágul. A bal pitvarban emelkedik a nyomás, amely rövid idő alatt áttérjed a pulmonalis erekre és előbb-utóbb irreversibilis pulmonalis hypertonia jön létre.

A mitralis stenosis következményeinek lassú és fokozatos kialakulása magyarázza azt, hogy a diagnózis felállítása után egy évvel a betegek 90–95%-a még életben van. A 3. év végén az életben levők aránya 80–85%-ra csökken, a halálozási arány ezután gyorsan nő és az 5. év végén már csak a betegek fele van életben. A mortalitási arány alakulása mellett figyelembe kell venni azt is, hogy a mitralis stenosisos betegek állapota hogyan változik. A nemzetközileg elfogadott súlyossági fokozati beosztást* figyelembe véve kiderül, hogy a diagnózis felállítása után az 5 évi megfigyelés során életben levő betegek közül az első évben 14%-a tartozott az I. súlyossági fokozatba, 64% a II.-ba, 22% a III.-ba, és a IV. súlyossági fokozatba még egy beteg sem volt sorolható. A 2.

év végén a II–III. súlyossági fokozatba tartozó betegek aránya nőtt, az I. fokozatba viszont már egy beteg sem volt. Az 5. év végén a II. fokozatban a betegek 15%-a, a III.-ba 39%-a, a IV.-be pedig 46%-a került (2. ábra).

A nem operált betegek nagy számának jól ellenőrzött utánkövetési vizsgálatából tehát az derül ki, hogy 5 évvel a diagnózis felállítása után csak a betegek fele van életben, és az életben maradtak állapota is jelentősen romlik. A műtéten átesett betegek sorsa lényegesen másképp alakul. A sikeresen operált betegek 95%-a egy hónappal a

Operált és nem operált mitralis stenosisos betegek állapotának változása 5 éves megfigyelés során



2. ábra.

műtét után életben van. A megfigyelés 4. évében ez az arány némileg csökken, amennyiben a betegek 90%-a van már csak életben. Az 5. év végén további 5%-os csökkenés tapasztalható, a sikeresen operált betegek 85%-a él.

Nemcsak az életben maradtak aránya nő a sikeres műtéten átesett betegek között, hanem a betegek állapota is javulást mutat. A praeoperatív diagnózis megállapításakor a betegek 33%-a tartozott a II. súlyossági csoportba és 50, illetve 17 százaléka a III., illetve IV. csoportba. A műtét után egy évvel az I. csoportba 46%, a II.-ba 30%, míg a III–IV. csoportba 18, illetve 6% tartozott. Ez a tendencia az 5 éves utánkövetés során jelentősen ingadozással állandónak bizonyult és az 5. év végén is 33%, illetve 50% tartozott az I. és II. súlyossági csoportba és csupán 11, illetve 6%-a a III., illetve IV. csoportba (2. ábra).

Az operált és nem operált betegek sorsát követve feltűnnek azok a különbségek, amelyek a szövődmények gyakoriságát illetően mutatkoztak a két betegcsoport között. A nem operált betegek 70–75%-a egyszer vagy többször volt decompensált a diagnózis megállapításától számított 5 éven belül. Ezen idő alatt a betegek 48–50%-ában jelentkezett pitvar-fibrillatio és 40–50%-ban valamilyen thromboemboliás complicatio.

Az operált betegek között ezzel szemben a megfigyelés 5 éve során csupán 20%-ban jelentkezett szívelégtelenség, pitvar-fibrillatio 15–17%-ban és thromboemboliás szövődmény is csak 6%-ban volt (14).

A valvulotomia indikációjának felállításában

* Lásd függelék (2308. old.)

mindenekelőtt az alábbi szempontokat vesszük figyelembe:

1. A műtét nem indokolt olyan esetben, amikor

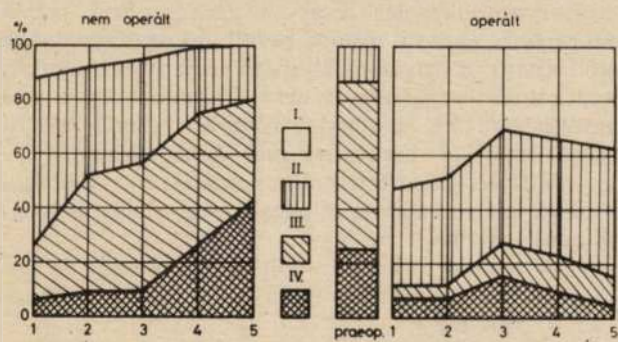
- a beteg panaszmentes,
- dyspnoe terheléskor nincs,
- a szív normális szaporasággal sinus rhythmusban működik,
- a tüdőben pangásnak sem physicalai, sem röntgentünetei nem találhatók,
- az arteria pulmonalis nyomása normális és legfeljebb terheléskor emelkedik mérsékelten.

Ilyenkor általában a szájadék 2–2,5 cm²-nél nem szűkebb és a műtétől előny nem várható. Természetesen ilyen esetben is szükséges a betegek állandó megfigyelése és panaszok felleléte, ill. állapotromlás esetén a műtét kérdésének újbóli felvetése.

2. A műtét minél korábban és feltétlenül indokolt, ha

- terheléskor a beteg dyspnoes,
- physicalis és/vagy röntgenvizsgálat során pulmonalis pangás jelei észlelhetők,
- az arteria pulmonalis nyomása nyugalomban mérsékelten emelkedett és terheléskor tovább nő,
- pitvar-fibrillatio (paroxysmusokban vagy állandósult).

Operált és nem operált mitralis insufficienciás betegek állapotának változása 5 éves megfigyelés során



3. ábra.

Ebben a stádiumban a tapasztalatok alapján nagy valószínűséggel feltehető, hogy a szájadék 2 cm²-nél szűkebb, de 1 cm²-nél tágabb. Konzervatív kezeléssel a beteg állapotának romlása és állandósult pulmonalis hypertonia kialakulása nagyon valószínű. Ilyen esetben a műtét nemcsak gyógyító, hanem preventív jellegű is.

3. A mitralis stenosis műtéti megoldásától lényeges, tartós eredmény nem mindig várható, ha

- a beteg már nyugalomban is dyspnoes,
- a tüdőben állandósult pangás physicalai és röntgenjelei észlelhetők,
- a röntgenvizsgálat a pulmonalis erek túltelődésére utal,
- igen kifejezett bal pitvar tágulat észlelhető,
- a pulmonalis nyomás nyugalomban is jelentősen magasabb a normálisnál.

Ebben az állapotban már olyan következményes elváltozások vannak (pulmonalis hypertonia), amelyek javulása még sikeres műtétől sem várható teljes biztonsággal. Az ilyen állapotban levő beteg műtéti teherbírása is rossz, ezért a műtét meggondolandó.

4. A műtét indicált, ha a beteg állapota rosszabb, mint a 2-ben leírt betegeké, de jobb, mint azoké, akik a 3-ba sorolhatók. Ilyenkor azonban nagy gonddal kell mérlegelni más körülményeket is, mint pl. a beteg életkora, foglalkozása, előremet szívelégtelenségek száma, rhythmus-zavar (pitvar-fibrillatio), előremet emboliás szövődmény, más, a keringést terhelő betegség (pl. hypertonia).

Természetesen a felsorolt kérdések minden beteg esetében mérlegelendők, akiken a műtéti correctio szóba jöhet. Az utolsó pontban említettek között azonban e szempontok döntően esnek latba.

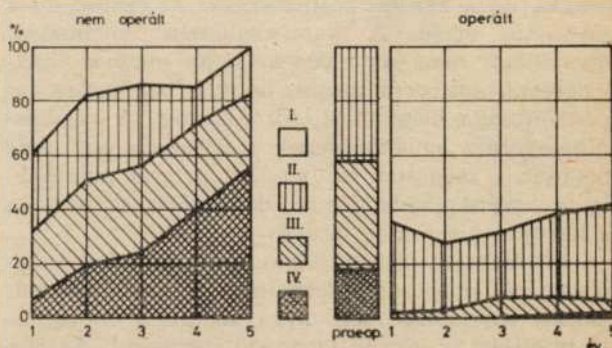
Mitralis insufficienciának két formája, nevezetesen az acut és a chronicus kéthegyű billentyű elégtelenség fordul elő. Acut mitralis insufficiencia keletkezik, ha a chordae tendineae rupturája jön létre, ha a papillaris izom károsodik akár ruptura, akár dysfunctio miatt vagy ha a billentyűvitorlák károsodnak (perforatio, leszakadás).

Acut elégtelenség hirtelen jön létre, többnyire valamilyen előremet súlyos betegség szövődményeként. Az acut insufficiencia olyankor terheli meg a bal kamrát, amikor még sem megfelelő izom-hypertrophia nem alakult ki, sem a keringés nem adaptálódott a billentyűelégtelenséghez. A hevenyen kialakuló billentyűelégtelenség következtében a bal kamra volumene hirtelen nő meg, a kamra, majd a bal pitvar dilatál, ami rövid idő alatt olyan fokot ér el, hogy a szív nem képes pumpatevékenységének megfelelni és az egész keringés összeomlik.

A heveny mitralis billentyűelégtelenség prognosisa rendkívül rossz. Újabban biztató eredményekről számolnak be, amikor is az alapbetegségtől függetlenül műtétrel corrigálták a heveny billentyűelégtelenséget.

Az előbbinél sokkal gyakoribb a chronicus mitralis insufficiencia. E billentyűhiba prognosisa viszonylag a legkedvezőbb. A legtöbb statisztikai felmérés megegyezik abban, hogy a diagnosis fel-

Operált és nem operált aorta vitiumos betegek állapotának változása 5 éves megfigyelés során



4. ábra.

állításától számított 5. év végét a betegek 50–60 százaléka éri meg. A betegek állapotának romlását figyelembe véve azonban már kevésbé biztató képet kapunk. A diagnosis felállításakor I. functionalis súlyossági csoportba a betegek 12%-a tartozott, a II. csoportba 62%-a, a III.-ba 20%, a IV.-be 6%. Ez az arány már a 3. év végén valamit romlott, amennyiben a II. csoportba tartozó betegek aránya 23%-ra emelkedett, az I. és II. csoport rovasára. A 3. és 4. év végén tovább nőtt a III. és IV. csoportba tartozók aránya és csökkent az I-es és II-es csoportba sorolhatóké. Az 5. év végén már egy beteg sem volt az I. csoportban, a betegek 20 százaléka volt a II. csoportban és 37, illetve 43%-a a III., illetve a IV. csoportban (3. ábra).

A műtéten átesett betegek sorsa lényegesen másképpen alakult. A műtét előtt a II. csoportba a betegek 13%-a volt sorolható, a III.-ba 62%, a IV.-be 25%. Egy évvel a műtét után a betegek 40, illetve 48%-a az I. és II. súlyossági fokozatba esett és a III., illetve IV. súlyossági fokú csoportba 5, illetve 7% került. Ez az arány nem változott a 2. év végén és csak lényegtelenül változott a 3. és 4. év végén. Az 5. év végén a betegeknek még mindig 37%-a tartozott az I. csoportba, 48%-a a II. csoportba, és csak 10%-a a III.-ba, illetve 50%-a a IV.-be. Ezek az adatok azt mutatják, hogy a betegek 85%-a a műtét után 5 évvel is teljesen munkaképes volt még, legfeljebb a nehezebb fizikai megerőltetéstől kellett tartózkodniuk (3. ábra).

Mitralis insufficienciában sem ritkák a szövődmények. Szívelégtelenség az 5 éves megfigyelés során 70–75%-ban fordult elő, pitvar-fibrillatio 35–40%-ban, thromboemboliás szövődmény pedig 5–8%-ban.

Operált betegek 20–22%-a a decompensálódott 5 év alatt, 24%-ban lépett fel pitvar-fibrillatio és thromboemboliás szövődmény 7,7%-ban volt (14).

A chronicus mitralis insufficiencia viszonylag jó prognózisát magyarázzák azok a haemodynamikai tényezők, amelyek a mitralis insufficiencia kialakulása után jönnek létre. A kéthegeű billentyű elégtelensége esetén a bal kamrába diastole alatt a bal vénás szájadékon keresztül több vér áramlik, mint normálisan, és pedig annival több, mint amennyi a systole alatt a bal pitvarba regurgitált vér mennyisége. A bal kamra azonban a regurgitatio ellenére is képes a szükséges vér mennyiségét az aortába kilökni. Ez úgy jön létre, hogy a nagyobb kamrai volumen következtében a kamra kitágul, nő a kezdeti rosthosszúság és ezáltal nő a contractio ereje. A kamravolumen emelkedése ugyanakkor nem jár a vég-diastolés nyomás emelkedésével, ami arra mutat, hogy a bal kamra tágulékonyasága megtartott, sőt fokozott. A végdiastolés nyomás emelkedésének elmaradása egy ideig megóvja a mögöttes területeket (arteria pulmonalis) a nyomásemelkedéstől, de később ez esetben is létrejön kisvérköri pangás.

Mitralis insufficienciában csökken a bal kamra systole alatti megterhelése is. Isovolumetriás szakasz tulajdonképpen nincs, hiszen a regurgitatio mindjárt a systole legelején megindul. Az isovolumetriás szakasz hiánya következtében csökken

a fal feszülése, nem ér el kóros értéket és ezért az ezzel járó fokozott oxygen-felhasználás sem jön létre.

Mindezen tényezők csupán arra adnak magyarázatot, hogy miért romlik lassabban a beteg állapota, és hogy miért hosszabb valamivel a diagnosis felállításától számított túlélési idő. Ez azonban nem jelenti azt, hogy az ilyen betegek nem szorulnak műtetre és pedig lehetőleg olyankor, amikor más szövődmény még nem társult a vitiumhoz és a szívizom állapota is kedvező.

A mortalitási statisztika adataiból, valamint abból az egyértelmű megfigyelésből, hogy a nem operált mitralis insufficienciás betegek állapota gyorsan romlik, logikusan az a következtetés vonható le, hogy minden mitralis insufficiencia műtéti úton corrigálandó, azaz el kell végezni a billentyűcserét. E megállapítás azonban csak korlátok között érvényes. Igen enyhe insufficiencia nem igényel feltétlenül műtétet, ha

- a beteg panaszmentes és terheléskor nem dyspnoes,
- a bal kamra tágulata nem jelentős,
- nincs jelentős bal pitvar tágulat,
- az EKG-n bal kamra hypertrophia mérsékelt jeleinél súlyosabb elváltozás nincs,
- nincs rhythmus-zavar.

Súlyos (IV. fokozatba tartozó) mitralis insufficienciában a műtét ajánlása *meggondolandó*. A billentyűcsere műtéti mortalitása nagyobb, mint mitralis stenosis esetén a valvulotomiáé. Nagyobb súllyal merül fel tehát az a kérdés, hogy az adott esetben mi használ vagy árt jobban a betegnek, a conservativ kezelés vagy a műtét. Egy másik szempont, amit a műtét javallatakor figyelembe kell venni, a szívizom állapota. Jelentősen dilatált bal kamra és bal pitvar arra utalnak, hogy a szív munkaizomzata is annyira romlott, hogy a billentyűcserétől sok eredmény már nem várható.

Mitralis insufficienciában műtét *már többnyire elkésett* és ezért nem javallt vagy nagyon meggondolandó, ha

- a beteg többször volt decompensált és ennek maradandó jelei vannak (nagy indukált máj),
- állandó digitalis és diureticus kezelésre szorul,
- nyugalomban vagy már kis testi megerőltetéskor tachycardia és/vagy dyspnoe van,
- röntgenvizsgálat alkalmával nagy bal kamra és bal pitvar észlelhető.

A betegek zöme a két véglet közé esik, túlnyomó többségük esetében a billentyűcsere indokolt, de ez esetben is az egyén életkörülményeinek, előző betegségeinek és esetleg a vitiumhoz társuló más keringési betegségeknek a mérlegelésével lehet helyes döntéshez jutni.

Az úgynevezett tiszta mitralis stenosis vagy tiszta bicuspidalis insufficienciánál sokkal gyakoribb mindkét szívhiba együttes előfordulása (ketős mitralis hiba). Ez természetesen rontja a prognosist és ha két szívhiba külön-külön enyhének is bizonyul, együttes előfordulásuk már súlyos szívhibának minősül. 2 cm²-re szűkült mitralis szájadék önmagában még nem jár a bal pitvari nyo-

más emelkedésével, ha azonban ehhez elégtelenség is társul, a bal pitvari nyomás jelentősen emelkedik, amit rövid időn belül az arteria pulmonalis hypertoniája követ, annak összes klinikai tüneteivel (pangás a tüdőben, nehézlégzés, cyanosis).

Kombinált mitralis vitiumban szenvedő betegek 75%-a éri meg az 5. évet és 25%-a a 10. évet. Az állapot gyors progressiója indokolja, hogy kombinált mitralis vitium esetén a billentyűcsere mindenképpen javallt, kivéve, ha a műtétnek contra-indicatioja van (nagy, petyhüdt bal kamra, többszöri előrement decompensatio, indurált máj és esetleg lép, ami diureticumok adására sem változik).

II. Aorta vitiumok

Aorta insufficientia szintén keletkezhet acutan és lehet chronicus. Acut aortabillentyű-elégtelenség jön létre, ha az egyik tasak bereped vagy beszakad, ez többnyire gyulladás (subcut bacterialis endocarditis) vagy trauma, ill. aorta dissectio következménye, ritkán acut szívizom-infarctus szövdménye. A hirtelen fellépő elégtelenség következményeként diastoleban jelentős mennyiségű vér regurgitál az aortából a bal kamrába. A megnövekedett volumen a kamrafal fokozott feszülését idézi elő, ami jelentősen terheli a bal kamrát (hiszen kamra-hypertrophia, amely ilyen mennyiségű vér továbbításához szükséges lenne, nem alakulhatott ki).

Acut aortainsufficiencia gyorsan — többnyire már egy-két nap alatt — bal kamra elégtelenséghez vezet, ami belgyógyászati kezelésre refractaer, így a keringés teljes összeomlása és a halál viszonylag gyorsan következik be. Az egyetlen therapiás lehetőség, ami még esetleg sikerrel kecsegtet, a korai műtét, még abban az esetben is, ha tudjuk, hogy a műtéti mortalitás igen magas.

Chronicus aortainsufficiencia általában fokozatosan, évek során át progrediál. A bal kamra viszonylag erős izomzata hypertrophisál és ezáltal a billentyűhiba sokáig compensált marad. Ezzel magyarázható, hogy az aortabillentyű-elégtelenség hosszú ideig nem okoz panaszt a betegnek, bár a regurgitáló vér mennyisége a percvolume 50, sőt 80%-át is kiteheti. Az első panaszok és a bal kamra elégtelenség első tünetei azt jelentik, hogy a bal kamra tartalék ereje kimerült (11). A bal kamra kimerülésével egy időben nem ritkán angina pectoris is jelentkezik. Gyakran ez az első tünet, ami miatt a beteg orvoshoz fordul, aki azután diagnosztizálja az insufficientiát. Aorta vitiumra általában jellemző, hogy viszonylag hosszú ideig tartó tünetmentesség után, ha egyszer szívelégtelenség jött létre, az nehezebben befolyásolható, mint más vitium, pl. mitralis stenosis vagy insufficientia miatt létrejött decompensatio.

A szívelégtelenség fellépte kedvezőtlen jel és azt jelenti, hogy a beteg állapota fokozatosan és gyorsan romlik és általában az ilyen betegek túlnyomó többsége két évet nem él túl (6). Ugyancsak rossz prognoszt jelent angina pectoris jelentkezése is. Aortainsufficienciához társuló angina esetén a túlélési idő általában 5 éven belül van (5).

Aorta stenosis többnyire rheumás carditis következménye, idős embereken azonban az esetek jelentős számában kéthegyű aortabillentyű található, ami rendszerint elmeszesedett. A betegek kora és a stenosis súlyossága között pozitív correlatiót találtak (7).

Normálisan az aortaszájadékok 2–4 cm², stenosis esetén, függetlenül attól, hogy azt rheumás vitium vagy kéthegyű aortabillentyű elmeszesedése okozta, a szájadék felülete 1 cm² vagy ennél kisebb. A szűkület következményeként a bal kamrai nyomás fokozatosan és jelentősen emelkedik. Minél nagyobb a szűkült szájadék két oldalán levő nyomás lejtője, annál inkább tudja a szív a szerveszet számára szükséges perctérfogatot biztosítani. A bal kamra hypertrophia jön létre, anélkül azonban, hogy a szív jelentősebben megnagyobbodna. A megnövekedett bal kamrai nyomás nem tevődik át a kisvérkörre, és ez az oka annak, hogy a beteg sokáig panaszmentes.

Jelentősebb szűkület esetén azonban az évekig tartó magas bal kamrai nyomás következtében a kamra izomzata kimerül és bal kamra elégtelenség jön létre (11). Ilyenkor a compensatio helyreállítása nem mindig sikerül, ami a szívizom rossz állapotára utal (11, 12).

Az aorta stenosis nemcsak azáltal veszélyezteti a betegek életét, hogy a bal kamra izomzatának kimerülése esetén csak nehezen vagy egyáltalán nem befolyásolható bal szívfél elégtelenség jön létre, hanem azáltal is, hogy aorta stenosis esetén nem ritka a „hirtelen halál”, ami teljes jólét és panaszmentesség közepette fordul elő. Minden valószínűség szerint az ilyen hirtelen halál oka kamrai fibrillatio.

A viszonylag hosszú ideig tartó compensált állapota miatt a betegség felismerésétől számított túlélési idő aránylag hosszú: 5 évet a betegek 65%-a éri meg *Dexter* (5) szerint a diagnózis felállításakor a betegek átlagos életkora 48 év volt és a meghalt betegeké 63 év.

Más a helyzet azonban, ha a túlélést az első tünetek megjelenésétől számítjuk. Decompensatio, angina vagy syncope jelentkezése esetén a túlélési idő 5 éven belül van (5, 8), általában másfél-három év.

Az aortabillentyű elégtelensége és a szájadék szűkülete, ha a morphologiai elváltozás más is, mégis azonos pathomechanismus alapján rontják a szívizom állapotát és okozzák a bal kamra alig befolyásolható elégtelenségét. Részben ezért, részben azért, mert a két szívhiba rendszerint együtt fordul elő, indokolt és célszerű az aorta vitiumok műtéti indicatióját együttesen tárgyalni.

A conservatív módon, gyógyszeresen kezelt és az időben megoperált aorta vitiumos betegek sorsa közötti különbséget jól mutatják az 5–10 éves utánkövetési vizsgálatok eredményei. Öt éven belül meghalt a betegek 36%-a, 10 évet pedig csak a betegek fele ért meg, a hirtelen halál, az összes halálesetek mintegy 25%-át teszi ki. A túlélési idő figyelembevételével mellett a betegség természetes lefolyását az életben maradtak 5 éves utánkövetése mutatja. A nem operált aorta vitiumos betegek 68–70%-a a diagnózis felállítása után

még a functionalis I. vagy II. csoportban volt. Három év múlva azonban csak a betegek 34⁰/₀-a, 4 év múlva 28⁰/₀-a volt az I–II. kategóriába sorolható, míg 5 év után az I. kategóriába egy sem, a II.-ba csak a betegek 17⁰/₀-a volt. A folyamat súlyosbodását jelzi az, hogy ugyanakkor III–IV. functionalis csoportba tartozó betegek aránya a megfigyelés első évének végén 32⁰/₀ volt. A 2. évben 51⁰/₀, a 3-ban 56⁰/₀, a 4-ben 72⁰/₀ és az 5. évben 83⁰/₀. Ez azt jelenti, hogy a túlélők 85⁰/₀-a a megfigyelés 5. évében ágyhoz kötött decompensált betegé vált (4. ábra).

Az operált betegek 75⁰/₀-a a műtétet követő első hónaptól számított 5 éves megfigyelési idő alatt életben volt és 10 év után is élt még 60⁰/₀-uk. Aortabillentyű-csere esetén figyelembe kell venni a korai mortalitást, amely a műtétet követő 30 napon belül következik be. Ennek az aránya viszonylag magas: 6⁰/₀. Ezen időre eső elhalálozások jelentős része azon betegek esetében következik be, akik a műtét alkalmával a functionalis IV. csoportba estek.

A műtét előtt a betegek 42⁰/₀-a került a II. csoportba, 40⁰/₀ volt a III.-ban és 18⁰/₀ a IV.-ben. Műtét után a betegek 64⁰/₀-a annyira javult, hogy az I. csoportba volt sorolható, 34⁰/₀-uk II.-ba és csak 2⁰/₀ esett a III.-ra. Ez az arány lassan, fokozatosan változott úgy, hogy az 5. év végére 58⁰/₀ volt az I. csoportban, 33⁰/₀ a II.-ban és csupán 9⁰/₀ a III. vagy IV. csoportban.

Az aorta vitumok szövödményei között első helyen a cardialis decompensatio áll (72–75⁰/₀), nem ritka azonban a pitvar-fibrillatio sem (9–10 százalék). Thromboemboliás complicatio 25⁰/₀-ban fordul elő, és rheumás recidiva, illetve bacterialis endocarditis 4,6–2,3⁰/₀-ban.

Billentyűcserén átesett betegekben a szívelégtelenség 5 év alatt 9⁰/₀-ban fordult elő, pitvar-fibrillatio nem volt, thromboemboliás szövödmény is csak 4⁰/₀-ban fordult elő (14).

Ezek az adatok egyértelműen bizonyítják, hogy az aorta vitium a mitralis vitiumhoz képest viszonylag hosszabb ideig compensált. Ha azonban akár balszív-elégtelenség tünetei jelentkeznek, akár angina pectoris vagy syncope lép fel, a billentyűcsere rövid időn belül elvégzendő, mert máskülönben a beteg olyan állapotba kerül, amikor a műtétől jelentősebb eredmény már nem várható.

Az aorta vitumok műtéti javallatát összefoglalva, műtéti megoldás (billentyűcsere) feltétlenül javallt, ha

- a beteg a II. legfeljebb a III. functionalis csoportba van,
- függetlenül a súlyossági foktól, ha decompensatio jelei észlelhetők és ezek digitalis és diureticus kezelésre megszüntethetők,
- ha az aortainsufficienciához angina pectoris vagy syncope is társul.

A műtét nem ellenjavallt, de elvégzése mérlegelendő, akkor, ha a beteg

- a IV. csoportba sorolható,
- bármelyik functionalis csoportba tartozik egyszer vagy többször decompensált volt és/vagy a bal kamra jelentősen dilatált vagy a megfigyelés során dilatálódik,

— ha az aorta vitumos betegben pitvar-fibrillatio lép fel.

A műtét elvégzése nem feltétlenül szükséges, de mérlegelendő, ha a beteg

- a functionalis I-es csoportba tartozik és panasza nincs,
- tartós megfigyelés során nem észlelhető bal kamra és/vagy bal pitvar tágulat,
- sem pitvar-fibrillatio, sem kamrai extrasystolia nincs.

Nem ritka, hogy egy időben két billentyű is megbetegszik, ilyenkor a beteg sorsa a domináló szívhiba helyétől és nagyságától függ. Vannak olyan esetek, amikor a két szájadékon levő szívhiba haemodynamikailag szinte „compensálja” egymást. Más esetben, és ez a gyakoribb, a szívhibák fokozottan terhelik a keringést a beteg állapotára gyorsan romlik, ezért a műtétet is korábban kell elvégezni. A műtét indikációja, valamint a választandó műtéti megoldás minden esetben egyénileg bírálendő el.

A szívűtétek elterjedése hatásos fegyvert adott az orvostudomány kezébe, amelynek segítségével nemcsak a beteg élete hosszabbítható meg vagy szenvedései csökkenthetők, hanem nagyon sokszor teljes gyógyulás következik be. Ez utóbbi előfeltétele azonban, hogy a műtét idejében megtörténjen, még olyankor, amikor a szívhiba nem okozott irreversibilis károsodást. Nagy felelősség hárul tehát az orvosra akkor, amikor betegét a műtetre rábeszéli, még nagyobb akkor, amikor arról lebeszéli.

Függelék

Szívbeteg functionalis osztályozása

1. Szívbeteg, akinek fizikai aktivitását semmi sem korlátozza. A rendes megszokott tevékenysége során nem érez szokatlan fáradtságot, szívdobogást, nehézlégzést és nincs anginás panasz.

2. A fizikai aktivitás mérsékelten korlátozott, nyugalomban panaszmentesek, de a rendszeres mindennapi tevékenység szokatlan fáradtsággal, szívdobogással, esetleg nehézlégzéssel jár. Anginás rohamok jelentkeznek.

3. A fizikai tevékenység jelentősen korlátozott, de nyugalomban még panaszmentesek. Már a szokottnál kisebb tevékenység is fáradtságot, szívdobogást, nehézlégzést vagy anginát okoz.

4. Semmilyen fizikai tevékenységre nem képesek anélkül, hogy az panaszokat ne okozna. Szívelégtelenség tünetei, vagy angina már teljes nyugalomban is jelentkezik.

IRODALOM: 1. Olsen, K. H.: Brit. Heart J. 1962, 24, 349. — 2. Olsen, K. H. és mtsai: Scand. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1969, 3, 119. — 3. Rowe, J. C. és mtsai: Ann. intern. Med. 1963, 52, 741. — 4. Wilson, M. G. és mtsai: Circulation. 1957, 16, 700. — 5. Dexter, L.: Modern Trends in Cardiology. Vol. 2. New York, Appleton-Century-Crofts. 1969. p. 311. — 6. Massell, B. F. és mtsai: Circulation. 1966, 34, Suppl. III. 1964. — 7. Buris, J. O. és mtsai: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1969, 147, 716. — 8. Frank, S. és mtsai: Brit. Heart J. 1973, 35, 41. — 9. Kirklin, J. W. és mtsai: N. Engl. J. Med. 1973, 268, 133.; N. Engl. J. Med. 1973, 288, 194. — 10. Duvoisin, G. E. és mtsai: Circulation. 1968, 37, 38, Suppl. II. 75–78. — 11. Hildner, F. J. és mtsai: Am. J. Cardiol. 1972, 30, 319. — 12. Scheuer, J.: Am. J. Cardiol. 1972, 30, 445. — 13. Rapaport, E.: Am. J. Cardiology. 1975, 35, 221. — 14. Munoz, S. és mtsai: Am. J. Cardiol. 1975, 35, 234. — 15. Bland, E. F. és mtsai: Circulation. 1951, 4, 836.

Megyei Elme és Ideggyógyintézet, Nagykálló

Familiaris és szociális tényezők hatása az intellectualis teljesítőképessegre és a tervezett családnagyságra

Vígváry László dr. és Bánki Csaba dr.

Jelen tanulmányunk célja kettős: egyfelől igyekeztünk feltárni azokat a társadalmi és családi tényezőket, melyek kapcsolatban lehetnek az átlagos intelligenciaszint alakulásával fiatal, előzetesen nem szelektált férfiak csoportjában; másfelől vizsgáltuk ezen tényezők és a mért átlagos intelligenciaszint összefüggését a csoport családtervezési normáival, a tervezett gyermekek számával.

Az irodalomban fellelhető hasonló tárgyú vizsgálatok általában konzekvensen negatív correlációt találtak a családnagyság és az intellectualis teljesítőképeség között különböző vizsgálóeljárások alkalmazásával (3, 5, 12); egyes szerzők ugyanakkor hangsúlyozzák, hogy ez az összefüggés csupán az „alsóbb” társadalmi rétegekben mutatható ki egyértelműen (4). A születési sorrend kapcsolata a szokásos teszt-módszerekkel mért intelligenciával meglehetősen ellentmondásosnak tűnik, a kísérleti adatok nem significans, inconsistens negatív correlációkat eredményeztek (2, 6, 9, 13). Feltehető viszont, hogy a magas teszt-teljesítményt nyújtók csoportjában dominálnak az elsőszülöttek (10); testvérpárok összehasonlító vizsgálata is a korábban született testvérek általában magasabb intelligenciahányadosát mutatta ki (7). Csupán *Belmont* (5) és *Eysenck* (8) talált viszonylag consistens összefüggést a születési sorrend és az intelligenciaszint között.

Jelentősen eltérnek a megállapítások az alkalmazott módszerek tekintetében is: többen (1, 10, 11) hangsúlyozták, hogy a családnagyság, ill. a születési sorrend elsősorban verbalis teszt-módszerek alkalmazása esetén correlál a teljesítménnyel, és nem tényleges intelligencia-, hanem inkább pusztán verbalis készségbeli különbségekre utal.

Schachter (10) ezen felfogását azonban cáfolni látszanak *Belmont* (5) eredményei, aki a figurális, performációs, tökéletesen nem verbalis *Raven*-teszt segítségével mutatott ki consistens correlációkat.

Anyag és módszer

A vizsgálat megtervezésekor arra kellett törekednünk, hogy familiaris és szociális faktorok tekintetében teljesen véletlenszerű, egyéb vonatkozásokban (életkor, nem stb.) viszont lehetőség szerint homogén csoporton végezzük el a megfigyelést. Erre igen alkalmasnak mutatkozott a katonai sorozás: így — előzetes tájékozódó vizsgálatok után — felmérésünkbe az 1953-ban született és 1975 decemberében katonai szolgálatra behívott, Szabolcs-Szatmár megyében lakó azon férfiakat vontuk be, akik a jelzett időszakban bármely okból szakorvosi vizsgálatra kerültek. Ezen okok nagyfokú heterogenitása biztosította azt, hogy az így kialakított csoport továbbra is — a vizsgált szempontok tekintetében — véletlenszerűnek tekinthető maradt. A megjelölt időszakban így összesen mintegy 450 férfit vontunk be vizsgálatunkba, és végül 380-tól sikerült minden tekintetben használható adatokat nyernünk.

Az intelligencia mérésére legalkalmasabbnak a *Raven*-féle *Progresszív Matricák* sorozatát ítéltük: egyrészt mivel viszonylag kevésbé függ az iskolázottságtól, verbális készséget nem igényel, másfelől mivel több személy egyidejű vizsgálatára is alkalmas, instrukciója egyszerű — a felmérés keretei között ezek jelenti szempontok voltak.

A próbafelmérések során kiderült, hogy a teljes 60 táblás sorozat alkalmazásakor igen gyakran a figyelemkoncentráció korai kimerülése, valamint a telítődés (15) jelensége miatt a vizsgálat nagyon elhúzódtól, és bizonytalan eredményeket ad; ezért több kísérlet útján kiválasztott rövidített, 30 táblás sorozattal végeztük a tényleges méréseket, ahol az említett nehézségek már nem jelentkeztek. Mivel vizsgálatunk és a levont következtetések szempontjából elsősorban nem a tényleges intelligenciahányados értéke, hanem az egyes csoportok relatív teszt-teljesítménye volt döntő, így a kapott *Raven*-pontértékeket (*Ra*) nem számoltuk át IQ-ra (ez megfelelő reprezentatív magyarországi standard hiányában amúgy sem lett volna relevans), hanem az értékelés során részben eredeti alakjukban hagytuk, részben — az eredeti teszt-instrukcióhoz hasonló elv alapján — 7 nagyságrendi osztályba soroltuk: itt 1-es jelenti a legalacsonyabb, 7-es a legmagasabb intelligenciaövezetet.

A teszt-lapokra az értékeléshez szükséges táblázaton kívül a következő adatokat vettük fel: 1. foglalkozás, 2. legmagasabb iskolai végzettség, 3. testvérek száma, 4. születési sorrend, 5. a lakás szobaszáma és a lakásban együttlakó személyek száma, 6. meglevő és 7. ezután tervezett összes gyermekeinek száma.

Magát az adatfelvételt a sorozáskor végzett orvosi vizsgálatok szünetében, kis (6–10 fős) csoportokkal végeztük, mindenkor a vizsgálatvezető orvos jelenlétében, a standard teszt-instrukció szerint. A rövidített teszt-szériával a felvétel átlagosan 20–30 percet vett igénybe.

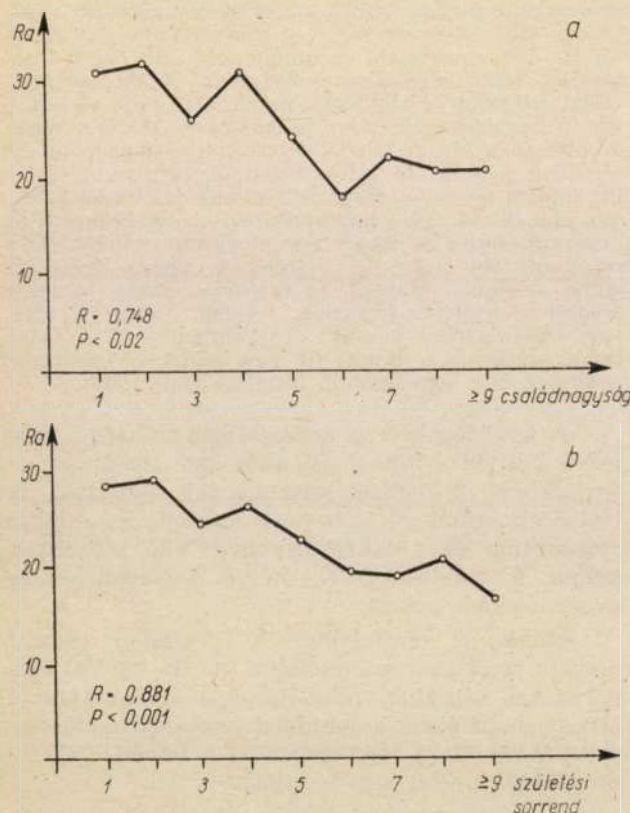
A kiértékelés szempontjai és módszerei a következők voltak: a foglalkozásokat 4 osztályba so-

	Intelligencia-övezet							Σ	%
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.		
segédmunkás	55	64	92	23	13	9	—	256	67 %
szakmunkás	8	11	18	15	20	20	13	105	27 %
alkalmazott	—	—	1	2	3	3	8	17	5 %
szellemi dolgozó	—	—	—	—	—	—	2	2	1 %
Összesen	63	75	111	40	36	32	23	380	

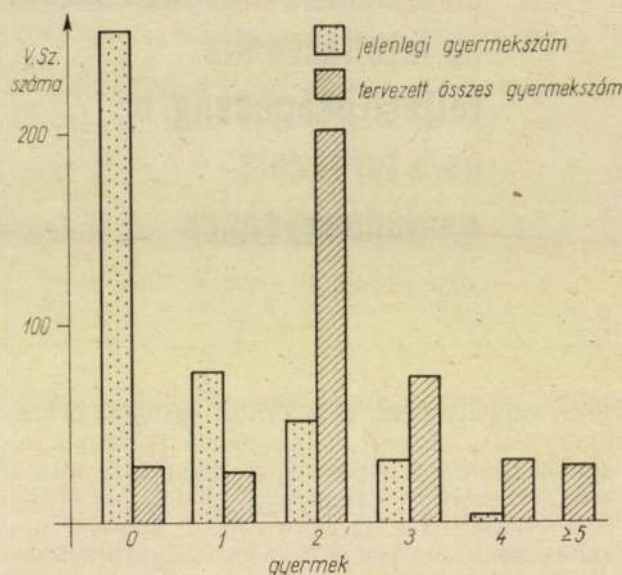
Az intelligencia-övezetek szerinti megoszlás szignifikánsan különböző
 $\chi^2 = 188,46, P > 0,0005$)

roltuk: segéd- és betanított munkás, szakmunkás, középfokú végzettségű alkalmazott, felsőfokú végzettségű szellemi dolgozó, ill. egyetemi-főiskolai hallgató. Az iskolai végzettség szerint 6 osztályra bontottuk a csoportot (1. a 2. táblázaton). A testvérek számának — a családnagyságnak — megítélésakor a 12 és ennél több gyermekes családokat egy közös osztályba soroltuk, ugyanígy nem különítettük el a születési sorrend tekintetében sem a 12., ill. ennél későbbi gyermekként születetteket — márcsak az e csoportba esők igen kis száma miatt sem. A lakásviszonyokat az egy lakószobára jutó személyek számával jellemeztük, a fél szobákat egész szobaként véve számításba.

Eredményeink statisztikai értékelésekor — a mért változók jellegének megfelelően (14) — a χ^2 -próbára és a Spearman-féle rangcorrelációs (R) együtthatóra támaszkodtunk.



1. ábra.



2. ábra.

Eredmények

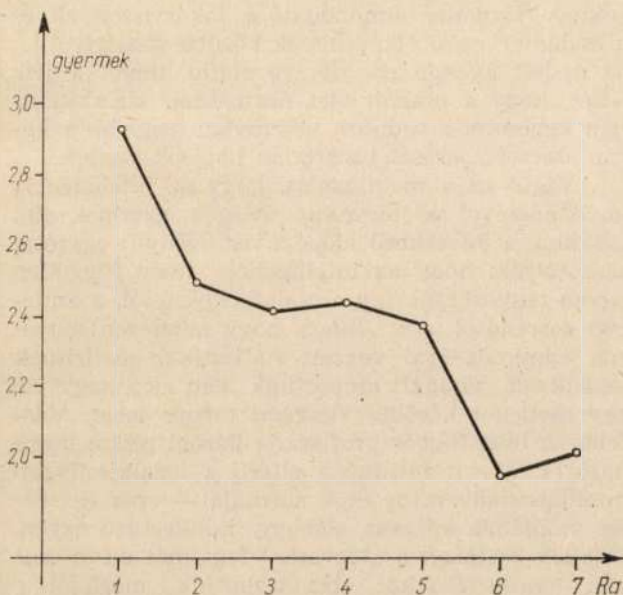
Vizsgált csoportunk foglalkozási ágak szerinti megoszlása leolvasható az 1. táblázat jobb szélső oszlopából; ugyanott látható az egyes foglalkozási kategóriák intelligenciaövezetek szerinti eloszlása is — a várakozásoknak megfelelően, ez az eloszlás az egyes kategóriákban különböző, a különbség statisztikailag igen erősen szignifikáns.

2. táblázatunk hasonló elvek alapján szemlélteti az iskolai végzettség szerinti elkülönített csoportok intelligenciaövezetek szerinti megoszlását. Az egyes kategóriákban belüli megoszlás itt is különböző, a különbség statisztikailag ugyancsak igen erősen szignifikáns; a legjelentősebb különbség azonban a 8 általános iskolát el nem végzetek esetében mutatkozik, ezen felül már nem jelentős.

A családnagyság a csoportban meglehetősen széles keretek között mozgott; legnagyobb számban 4–6 gyermekes családokból származókkal találkozunk, ezek együtt a csoport 42%-át tették ki. További 30% ennél nagyobb családból, a populáció 15%-a pedig 9 vagy ennél több (négy esetben 17!) gyermekes családból származott. Itt kell megjegyeznünk, hogy a vizsgált csoportban 54 férfi volt cigány — ez a csoport 15%-át közelíti meg; a legnagyobb gyermekszámú családok nagyrészt közülük kerültek ki.

	Intelligencia-övezet							Σ	%
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.		
>5 általános	43	38	40	2	3	2	—	128	34%
5—6 általános	15	26	30	12	4	5	—	92	24%
7—8 általános	4	8	30	14	13	9	5	83	22%
ipari szakiskola	1	3	11	11	15	12	10	63	16,5%
érettségi	—	—	—	1	1	4	6	12	3%
egyetem v. főiskola	—	—	—	—	—	—	2	2	0,5%
Összesen	63	75	111	40	36	32	23	380	

A megoszlás az egyes csoportokban significansan különböző ($\chi^2 = 180,31$, $P > 0,0005$)



3. ábra.

A családnagyság és a Raven-tesztelés közötti significans mértékű negatív correlációt találtunk (1. ábra, A) az irodalmi adatokkal egybehangzóan; jelentősnek látszik azonban, hogy ez az összefüggés 3—4 gyermekes családnagyságig nem érvényesül, csupán ezen felül; a 7—8 gyermekes családtól kezdve pedig ismét — alacsonyabb szinten — kiegyenlítődik.

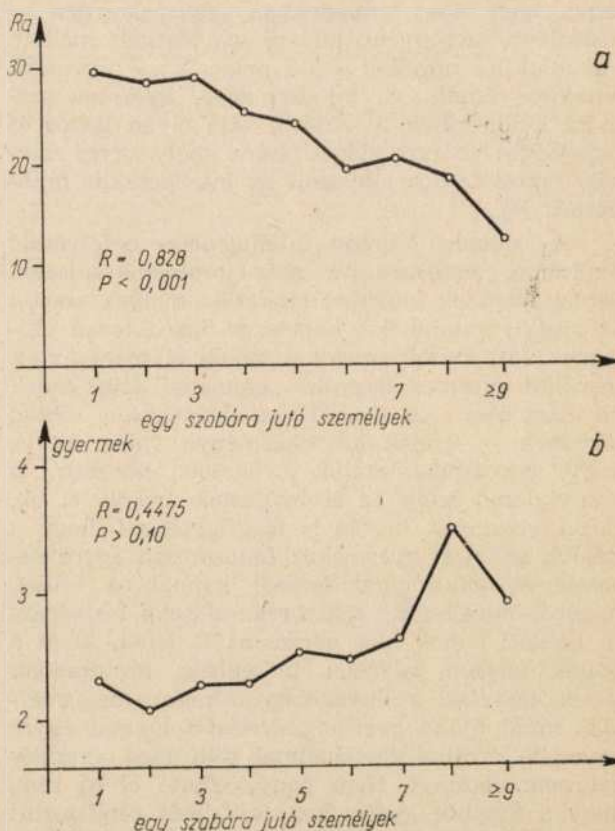
Hasonló értelmű, talán még kifejezettebb összefüggést találtunk a születési sorrend és a mért intelligenciaszint tekintetében: az átlagos teljesítmény már a 3. gyermektől kezdve csökkenni kezd, a negatív correlatio a csoportban consistens és erősen significans (1. ábra, B).

Jól áttekinthető képet kaptunk vizsgált személyeink saját családi helyzetéről, ill. családtervezési normáiról (2. ábra). A 22 éves férfiak jelentős része (60%) még gyermektelen; egy gyermeke van további 20%-nak, két gyermeke 13%-nak, 3 vagy 4 gyermeke a fennmaradó 7%-nak. A tervezett összes gyermekszám statisztikai átlaga a vizsgált csoportban 2,52; dominál a kétgyermekes családideál (53%), és jelentős a háromgyermekes (20%). Egyáltalán nem tervez gyermeket a vizsgált férfiak 6%-a, csupán egy gyermeket tervez további 6%; négy gyermeket kíván 8%, míg a fennmaradó 7% öt- vagy ennél több gyermekes családra vá-

gyik. Találkoztunk 10, 11, sőt két esetben 12 gyermekre tervezett családideállal is!

Szemben bizonyos, a család belső structurájának ismeretéből fakadó feltételezésekkel, anyagunkban sem a családnagyság, sem a születési sorrend nem mutatott semmiféle kapcsolatot a tervezett gyermekszámmal; a családnagyság növekedésével inkább a tervezett gyermekszám egészen kisfokú növekedési tendenciája volt megfigyelhető, ez azonban messze elmaradt a significans mértéktől. Határozott correlatio mutatkozott azonban az egyes intelligenciaövezetek tervezett átlagos gyermekszámával: az átlagos Raven-intelligencia növekedésével a tervezett átlagos gyermekszám significans mértékben csökken (3. ábra).

Végül jelentős tényezőnek látszanak a lakáviszonyok is (4. ábra): az átlagos Raven-tesztelési eredmény a lakás zsúfoltságával párhuzamosan erősen csökken (A); ez a körülmény nem szorul magyarázat-



4. ábra.

ra, annál figyelemre méltóbb viszont, hogy a tervezett gyermekszám a lakás zsúfoltságának növekedésével — amint az várható volna — nem csökken, hanem inkább növekszik (B). Ez a növekedés a statisztikailag significans szintet megközelíti, de nem éri el.

Megbeszélés

Vizsgált csoportunk viszonylag kis száma természetesen nem szolgáltat kellő alapot messzemenő következtetések levonására, bizonyos tendenciák azonban figyelmet érdemelnek. A csoport összetétele több tekintetben eltér az ország egészének jellemzőitől, ennek elsősorban a megye lakosságának bizonyos sajátosságai az okai: így az iskolázottság az országos átlagnál jelentősen gyengébb, nagyobb a cigány lakosság aránya stb. Másfelől éppen a 22 éves, katonai szolgálatra behívott férfiak közül természetesen hiányoznak az egyetemi-főiskolai hallgatók; abban a tényben, hogy a populációban a segéd munkások aránya 68%, míg a szak munkásoké csupán 27%, ugyancsak bizonyos megyei sajátosságok is tükröződnek.

A családnagyság és a mért intelligencia közötti correlatio magyarázatával még adós a szakirodalom. Genetikus tényezők szerepe (3) kevésbé látszik valószínűnek; az viszont nem zárható ki, hogy alacsonyabb intellectusú szülőknek általában több gyermekük születik, és ezek a gyermekek éppen az intellectualisan kevésbé competens szülők környezeti hatására — az értelem fejlődéséhez elengedhetetlenül szükséges változatos környezeti ingerek hiányában — maguk is gyengébb mértékben fejlődnek értelmileg (4, 12). Másfelől az is jelentős lehet, hogy nagy családokban szükségszerűen — különösen szerényebb anyagi lehetőségek mellett, valamint ha mindkét szülő dolgozik — kevesebb lehetőség kínálkozik minden egyes gyermek számára külön-külön a szülővel való olyan tartós és bensőséges viszony kialakítására, mely egyes szerzők szerint fontos tényezője az intellectualis fejlődésnek (5).

A születési sorrend intelligenciát befolyásoló hatásának magyarázata még problematikusabb. Szóba kerülnek biológiai tényezők, melyek szerint az anya reprodukciós képessége fokozatosan „kimerül” (5); mások szerint a szülők számára az elsőszülött gyermek nagyobb „esemény” (10), ennek következtében az elsőszülötttel lényegesen többet törődnek — ennek következménye volna az is, hogy egyetemi-főiskolai hallgatók körében is aránytalanul nagy az elsőszülöttek aránya (1, 6). Hazai viszonyok között is megfigyelhető, hogy a később született gyermekek fokozatosan egyre kevesebb törődést, gondoskodást kapnak a szülők részéről, nevelésüket sokszor az idősebb testvérekre bízzák: ennek oka persze az is lehet, hogy a szülők közben egyrészt idősebbek, fáradtabbak lettek, másrészt a lényegében azonosan megismétlődő mind újabb gyermeknevelési folyamat egyre kevesebb érzelmi tartalommal tölti meg a szülő-gyermek viszonyt. Nem hanyagolható el az sem, hogy a későbbi gyermekek fejlődését rendszerint az előzőekhez viszonyítva értékelik a szülők, és

amennyiben lemaradást vélnek látni, gyakran pszichológiailag rendkívül ártalmas és az értelmi fejlődést is hátráltató nevelési eszközökhöz nyúlnak.

A családtervezési normák csoportunkban nagyjából megfelelnek az országos átlagnak; az egygyermekes családideál — az ország egyes területeivel szemben — erősen háttérbe szorul, kisebb mint öt vagy ennél nagyobb tervezett gyermekszám. Egybevetettük az eredő családnagyságot a tervezett gyermekszámmal, és a várt negatív correlatio helyett gyenge pozitív kölcsönhatást észleltünk; úgy látszik, a családról alkotott elképzelésekben a korá gyermekkorban szerzett identifikációs mintáknak nagyobb szerepük van, mint a későbbi életkorban kialakuló „józan” megfontolásoknak. Ugyanez elmondható a lakásviszonyok és a családtervezési elképzelések közötti viszonyról is: az észlelt gyenge pozitív correlatio annak a jele lehet, hogy a családi élet normáinak kialakításában kevesebb a tudatos, viszonylag nagyobb a kórán szerzett, jórészt tudattalan hatások szerepe.

Végül az a megfigyelés, hogy az intelligencia növekedésével a tervezett átlagos gyermekszám csökken, a következő kiegészítést igényli: egyrészt kimutattuk, hogy az intelligencia nem független egyéb tényezőktől, így a családnagyságtól, a születési sorrendtől, stb. Ahhoz, hogy mindezen tényezők eliminálásával végzett statisztikai analízisnek vessük alá, vizsgált csoportunk nem elég nagy; ez egy esetleges későbbi vizsgálat tárgya lehet. Másfelől az összefüggés grafikonja három részre bontható (4. ábra): feltűnően eltérő a legalacsonyabb intelligenciaövezetbe esők normája — ezek egy része valójában kórosan alacsony intellectusú egyén, akiknek esetében a „tervezés” fogalmát eleve csupán fenntartásokkal értelmezhetjük, másfelől a csoportban 50% körüli a cigány lakosság aránya, ahol elsősorban szociokulturális, extrafamiliáris tényezők hatására alapvetően másképp alakulnak az interszociális kapcsolatok, és ezek következtében sok tekintetben eltérőek a családnormák is. Tudjuk pl. azt, hogy a cigány lakosság kultúrkörében milyen döntő szerepet kap az egyén szociális elismerésében reprodukciós képessége; ez magyarázza e rétegben az anticonceptio lassabb terjedését, az eleve magasabb átlagos gyermekszámot stb. is. Ugyancsak eltérő a tervezett átlagos gyermekszám a két legmagasabb intelligenciaövezetben is — e csoportok azonban túlságosan kis létszámúak ahhoz, hogy átlaguk a populáció átlagát megbízhatóan reprezentálja. E két szélső csoport közé esik vizsgált személyeink 69%-a: e szakaszon csökkenés nem mutatható ki.

A felvetett kérdésekre nagyobb anyagon végzett további vizsgálatainkkal igyekszünk pontosabb választ adni. Szükségesnek látszik más korosztályok, valamint a nők bevonása is a mérésekbe, melyek véleményünk szerint mind mentalhygiénés, mind népesedéspolitikai vonatkozásokban — tekintetbe véve a családtervezés ún. „minőségi oldalát” — segíthetnek a felmerülő gyakorlati kérdések racionálisabb megoldásában.

Összefoglalás. Szerzők Raven-teszt segítségével mérték 22 éves katonai szolgálatra behívott

férfiak intellektuális teljesítőképességét, és vizsgálták a teszt-teljesítmények correlatióit elsősorban a családnagyság, a születési sorrend, a lakásviszonyok, másfelől a családtervezési elképzelések között. Megállapítják, hogy a családnagyság, a születési sorrend és a lakás zsúfoltsága fordított arányban áll az intellektuális teljesítőképességgel, és egyenes arányban a tervezett gyermekek számával. Az intelligenciaszint és a tervezett gyermekszám között negatív correlatiót találtak.

IRODALOM: 1. Altus, W. D.: J. Consult. Psychol. 1965, 29, 202. — 2. Altus, W. D.: Science. 1966, 151, 44.

— 3. Anastasi, A.: Psychol. Bull. 1956, 53, 187. — 4. Anastasi, A.: Eugen. Quart. 1959, 6, 84. — 5. Belmont, L., Marolla, F. A.: Science. 1973, 182, 1096. — 6. Bradley, R. W.: Psychol. Bull. 1968, 70, 45. — 7. Chittenden, E. A., Foan, W., Zweil, D. M.: Child Develop. 1968, 39, 1223. — 8. Eysenck, H. J., Cookson, D.: Brit. J. Educ. Psychol. 1970, 40, 117. — 9. Schooler, C.: Psychol. Bull. 1972, 78, 161. — 10. Schachter, S.: Amer. Sociol. Rev. 1963, 28, 757. — 11. Scott, E. M., Nisbet, J. D.: Eugen. Rev. 1955, 46, 233. — 12. Vernon, P. E.: Eugen. Rev. 1967, 37, 188. — 13. Warren, J. R.: Psychol. Bull. 1966, 65, 38. — 14. Matematik und Statistik. Documenta Geigy, Basel, 1975. — 15. Szegedi M.: A Raven-próba. OIE Vademecum-sorozat, 33. szám, Budapest, 1970.

BIOSUPRESSIN kapszula

Új készítmény!

cytostaticum

Összetétel: 1 kapszula 0,20 g Hydroxycarbamidot tartalmaz.

Javallatok: Krónikus myeloid leukémia, melanoma metastasisával. Az említett elváltozásoknál elsősorban kombinációs kezelés formájában alkalmazzuk a remissiók idejének kedvezőbb alakulása céljából.

Nagy kiterjedésű, terápiarezisztens psoriasis; psoriasis ad erythroderma vergens; erythroderma psoriaticum, psoriasis pustulosa.

Ellenjavallatok: Hydroxycarbamid nem adható, ha általában cytostaticum, illetve immunosuppressiv szer kontraindikált, továbbá csontvelőkárosodás, máj- vagy vese-funciós zavarok esetén. Fertilis korban csak az életet veszélyeztető állapotokban adható az esetleges teratogen hatás miatt. Terhesség alatt egyáltalán nem alkalmazható.

Adagolás: Tumorok esetében

- a) váltakozó terápiában 80 mg/testsúlykg egyszeri dózisban minden harmadik nap, vagy
- b) folyamatos terápiában 20–30 mg/testsúlykg mindennapi adagban (pl. 70 kg-os betegnek 3 × 2–3 kapszula/die).

Psoriasis esetében

20–30 mg/testsúlykg napi adagban (pl. 70 kg-os betegnek 3 × 2 kapszula/die).

Intermittáló kezelés: 1 hetes kúra után 1 hét szünet. A klinikai választól függően 2–3 kúra.

Mellékhatások: Gastrointestinalis zavarok (étvágytalanság, émelygés, gyomornyomás), bőr-
pír, átmeneti haematológiai tünetek (anaemia), néha idegrendszeri zavarok. Esetlegesen emelkedett serum-húgysavszint.

Figyelmeztetés: A szer csak intézetben, dózisbeállítás után, a haemopoetikus rendszer, máj- és vese-functio rendszeres ellenőrzése mellett adható. Krónikus myeloid leukémia kezelésekor az adagolást már a fehérvérsejtszám 15 000 alá csökkenése esetén abba kell hagyni. Egyéb indikációban a terápiát fel kell függeszteni, ha a fehérvérsejtek száma 3000, a trombocitaszám pedig 100 000 alá csökkenne és csak akkor lehet újratekdeni, ha az értékük jóval efölé emelkedik.

Megjegyzés: Csak fekvőbeteg-gyógyintézetek részére kerül forgalomba.

Lejárat idő: 2 év.

Csomagolás: 250 db kapszula.

Ara: 645,- Ft.



Előállítja: **BIOGAL Gyógyszergyár Debrecen**

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
II. Gyermekklinika
(igazgató: Kerpel-Fronius Ödön dr.)
Országos Onkológiai Intézet*
(igazgató: Eckhardt Sándor dr.)

A meningealis leukosis prophylaxisának vizsgálata

Schuler Dezső dr., Koós Rozália dr.,
Révész Tamás dr., Horváth Ágnes dr.
és Sátor Géza dr.*

A modern kemoterapia alkalmazása nagymértékben megváltoztatta a gyermekkori akut lymphoid leukaemia (ALL) prognózisát. Hosszú tünetmentes remissio, sőt esetleg gyógyulás elérése vált lehetővé az esetek 20–50%-ában (3, 8, 12). Ezzel párhuzamosan viszont emelkedett a meningealis leukosisok száma, mely e hosszú túlélések egyik legfontosabb korlátozó tényezőjévé vált (4, 5, 11). Az intenzív kemoterapiás kezelés ellenére fellépő idegrendszeri leukosis az antileukaemiás szerek rossz átjutásával magyarázható a liquorbarrieren. A meningealis leukosis megfelelő terapiával [intrathecalis methotrexat (MTX) vagy intra-

A közleményben az Országos Gyermekleukaemia Therapiás Hálózat összes betegéről nyert adat szerepel. A hálózat további tagjai: Domján Ottilia dr., Gálfi Ilona dr., István Lajos dr., Kassai Péter dr., Kemény Pál dr., Kovács Ilona dr., W. Laub Margit dr., Székely Katalin dr., Vincellér Mária dr., Virág István dr., Velkey László dr., Zimanyi Ilona dr.

A meningealis leukosis prophylaxisának hatása
(Megfigyeléseinket két éves periódusban végeztük)

thecalis cytosin arabinosid] rendszerint tünetmentessé tehető, de a végleges, ill. tartós gyógyulás ritkaság. Elsőrendű cél ezért az idegrendszeri leukosis prophylaxisa, melynek több módja ismeretes. Vizsgálataink célja a prophylacticus Co-irradiatio intrathecalis MTX-tal való kombinációjának összehasonlítása volt a prophylaxis hatásossága szempontjából.

Beteganyag és módszer

Meningealis prophylacticus kezelésben összesen 103 2–14 éves akut lymphoid leukaemiás gyermek részesült. 26 gyermek kapott 2400 r telecobalt besugárzást, míg 77 gyermek ezenkívül a besugárzás előtt négy ízben 10 mg/m²tf intrathecalis MTX kezelésben is részesült. A therapia hatásossága szempontjából csak azokat az eseteket értékeltük, akik a leukaemia kezdete után fél évnél tovább éltek.

Eredmények

Vizsgálataink eredménye a táblázaton látható.

Tárgyalás

A meningealis leukosis prophylaxisa már több mint egy évtizede képezi különböző klinikai tanulmányok tárgyát. Bizonyító erejű kísérletekről a meningealis leukosis prophylaxisának hatásosságáról Pinkel intézetéből Aur (1) számolt be, aki kimutatta, hogy a koponya 2400 r Co besugárzásával és intrathecalis MTX adásával a meningealis leukosisok száma jelentősen csökkenthető. Több közlés jelent meg a 2400 r craniospinalis Co irradiatio, továbbá a besugárzás nélkül sorozatosan adott, a fenntartó kezelés alatt évekig folytatott intrathecalis MTX injectiók hatásosságáról is (10, 12, 13), azonban az előbbi jelentős myelodepressiv, az utóbbi psyches problémák miatt nehezen vihető keresztül. Saját vizsgálataink arra utalnak, hogy az intrathecalis MTX-tal kombinált cranialis irradiatio olyan prophylacticus eljárás, mely eléri a fentebb említett nehezebben keresztülvihető megelőző módszerek hatásosságát. A craniospinalis besugárzás önmagában viszont nem bizonyult elégségesnek. Jelenleg az intrathecalis

1. táblázat

	Betegek száma		Mening. leukosis gyakorisága		Mening. leukosis %-os előfordulása	
	Co	Co+MTX	Co	Co+MTX	Co	Co+MTX
Fél éven túl megfigyelt eseteink.....	26	77	10	10	38,4	12,9
Egy éven túl megfigyelt eseteink	17	44	7	2	41,2	4,5
Másfél éven túl megfigyelt eseteink	12	29	6	0	50,0	0

MTX injectióknak már a betegség első hetében való elkezdésével igyekszünk eredményeinket tovább javítani. Egyelőre nyitott kérdés, hogy a megfelelő időben kezdett öt vagy hat intrathecalis MTX nem elegendő-e önmagában, koponyabesugárzás nélkül az idegrendszeri leukosis megelőzésére (6).

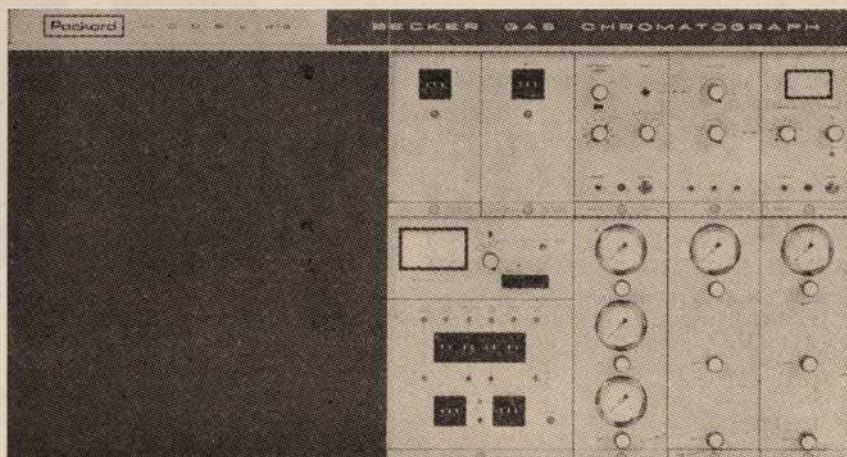
Az intrathecalis MTX és Co besugárzás az esetek egy részében paresist, encephalopathiát okoz, mely ritkán letális lehet (2, 7, 9). Saját esetekben a besugárzás után észlelt obligát alopecián kívül néhány esetben láz, gyengeség, meningismus és somnolentia fordult elő, de sem súlyosabb, sem maradandó mellékhatást nem észleltünk.

Összefoglalás. Szerzők 26 acut lymphoid leukæmiás gyermeket 2400 r Co craniospinalis besugárzással, 77 gyermeket 2400 r Co koponyabesugárzással és előtte négy intrathecalis methotrexat

injectióval ($10 \text{ mg/m}^2\text{tf}$) kezelték a meningealis leukosis prophylaxisaként. Megállapították, hogy ez utóbbi eljárás lényegesen jobb eredménnyel járt. A másfél-két éve túlélő 12, csak besugárzott gyermek közül hatban, a 29 kombinált prophylaxisban részesített közül egyben sem fordult elő meningealis leukosis.

IRODALOM: 1. *Aur, R. J. A. és mtsai:* Blood. 1971, 37, 272.; 1973, 42, 349. — 2. *Baum, E. S. és mtsai:* Lancet. 1971, 1, 649. — 3. *Evans, A. E. és mtsai:* Cancer. Philad. 1970, 26, 404. — 4. *Holland, J. F.:* Pediatrics. 1970, 45, 191. — 5. *Jacquillat, C. és mtsai:* Cancer. 1973, 32, 286. — 6. *Jones, B. és mtsai:* 9th Mediterranean and Middle-Eastern Pediatric Congr. 1973. — 7. *McIntosh, S., Aspnes, G. T.:* Pediatrics. 1973, 52, 612. — 8. *Pinkel, D. és mtsai:* Pediatrics. 1972, 50, 246. — 9. *Shapiro, W. R. és mtsai:* Arch. Neurol. Chicago. 1973, 28, 96. — 10. *Simone, J. V.:* Semin. Haematol. 1974, 11, 25. — 11. *Simone, J. V. és mtsai:* Cancer. 1972, 30, 1488. — 12. *Sinks, L. F.:* Arch. Dis. Childh. 1972, 47, 811. — 13. *Spevak, J.:* J. Iowa med. Soc. 1964, 54, 238.

CARL ZEISS, MLW, PACKARD, OLYMPUS és PZO gyártmányú



kórházi laboratóriumi műszerek esetenkénti és garancián túli javítása.

Rendszeres féléves karbantartásra szerződés köthető. SPEKOL, VSU-1, VSU-2, SPECORD UV-VIS fotométerek.

Régi és új típusú (FLAPHO 4) lángfotométerek.

Elektroforézis futtatókamrák és ERI-10, ERI-65 kiértékelők.

Mikroszkópok, polariméterek stb.

OLYMPUS gyártmányú gasztroendoszkópiai vizsgáló műszerek garanciális és garancián túli javítása, karbantartása.



Carl Zeiss szerviz

Megrendeléssel forduljon központunkhoz:
1053 Budapest, V., Kossuth Lajos u. 17.
Tel.: 186-942

POTEPSEPT®

potenciált hatású sulfonamid

tabletta

HATÁS

A két antibakteriális hatású komponenst tartalmazó gyógyszer a baktériumok folsav-szintézisét gátolja. A Superseptyl a p-aminobenzoesav-dihydrofolsav, a trimethoprim a dihydrofolsav-tetrahydrofolsav fázisban gátolja a folsav-szintézist. E kettős ferment-blokkád útján ható kombináció a Gram negatív és Gram pozitív baktériumok jelentős részének növekedését egyaránt gátolja. A baktericid hatás többszörösre fokozódik, rezisztens baktérium-populatio kifejlődése igen lassú. Az epében magas koncentráció alakul ki, a vizelettel nagyrészt aktív formában ürül.

ÖSSZETÉTEL

Trimethoprimum	0,08 g
Sulfadimidinum tablettánként.	0,40 g

JAVALLAT

Légúti infekciók (tonsillitisek, bronchitis chr., pneumoniák etc.).
Húgyúti infekciók (acut és chronikus pyelonephritis, cystitis, chronikus pyuriák).
Shigellosis. Cholera.
Typhus abdominalis.
Salmonellosis gastroenteritica.
Reconvalescentiában Salmonella- és Shigella-ürítés.
Ty. baktériumgazdaság, főként már cholecystectomizált bg.-nál.
Brucellosis. Gonorrhoea.

ELLENJAVALLAT

Máj- és veseelégtelenség, vér-dyscrasia, sulfonamid-túlérzékenység, valamint terhesség.
Csecsemőknek 1 hónapos korig nem adható.

ADAGOLÁS

A készítményt acut infectio esetén legalább 5 napon át kell adni, általában pedig legalább 2 napi tünetmentesség eléréséig.

ÁLTALANOS ADAGOLÁSI TÁJÉKOZTATÓ FELNŐTTEKNEK

Terápiás adag 2×2 tabl./die (reggel és este étkezés után).
Fenntartó adag 2×1 tabl./die (reggel és este étkezés után).
Maximális adag 2×3 tabl./die (reggel és este étkezés után).

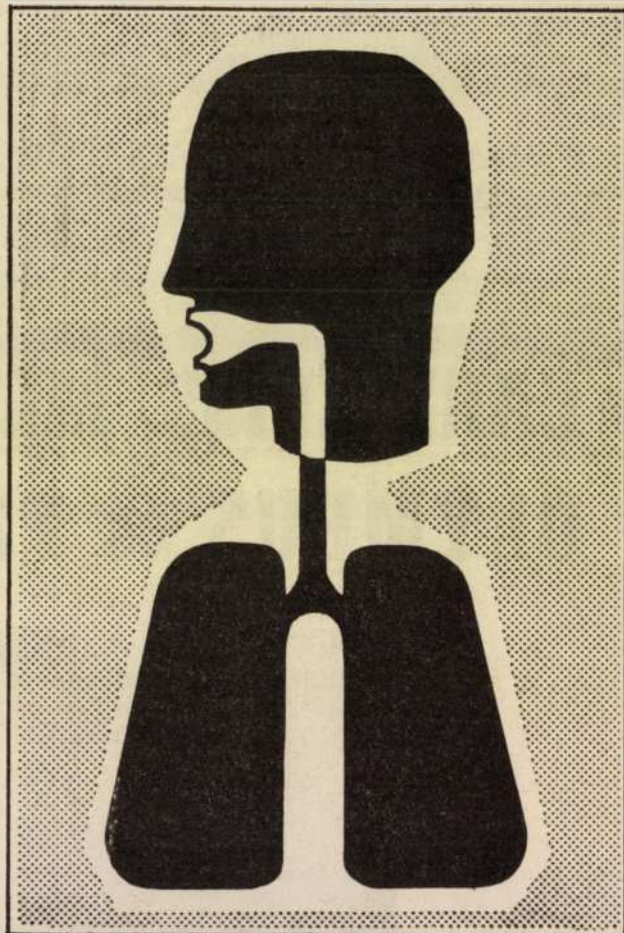
GYERMEKEKNEK

2–6 éves korban $2 \times \frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ tablettá,
6–12 éves korban $2 \times \frac{1}{2}$ –1 tablettá étkezés után.

Akut infekció esetén a fenti gyermekadagok rövid ideig (5–6 napig) tartó kezelés során a napi 6 mg trimethoprim + 30 mg Superseptyl testsúlykilogrammonkénti adagig emelhetők, napi 2 egyenlő részre elosztva.
Gyermekeknek 6 éves kor alatt a gyógyszer adagolása megfontolandó.

MELLÉKHATÁSOK

Rossz közérzet, fejfájás, gyomorpanaszok, gyógyszer-exanthema. Ritkán múló jellegű vérképzőrendszeri károsodás észlelhető (leukopenia, thrombocytaszám- és folsavszint-csökkenés). Ezek az elváltozások folsav adására gyorsan rendeződnek.



A mellékhatások főként tartós (3–8 hetes) kezeléskor észlelhetők, és emiatt ilyenkor teljes vérképkontrollok szükségesek (thrombocytaszám kontrollok is!).

FIGYELMEZTETÉS

A kezelés ideje alatt megfelelő mennyiségű folyadékbevitelről kell gondoskodni. Ha a kezelés alatt exanthema keletkezik, a gyógyszer szedését abba kell hagyni.

MEGJEGYZÉS

✖✖ Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján csak abban az esetben rendelhető, ha az adott esetben a beteg gyógykezelését más – szabadon rendelhető – chemotherapeuticum megfelelően nem biztosítaná. A vényt két példányban („Másolat”-tal) kell kiállítani.

CSOMAGOLÁS

20 tabl. 61,50 Ft.

**ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR,
TISZAVASVÁRI**



HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI DOKUMENTÁCIÓS SZOLGÁLAT

Szerkeszti
az Országos Orvostudományi
Könyvtár igazgatója

19. szám

A nő társadalmi helyzete, ambíciói — és nagyzasos téveseszméi az Osztrák-Magyar Monarchia korában

A történeti aspektusú szocio-kultúrpszichiátria az elmekegés tünetek időbeli, hosszmetzeti változásait vizsgálja egy adott társadalmon belül, összefüggésben az egymást követő korszakokra jellemző szocio-kulturális viszonyokkal.

E tényezők változásainak egyik érzékeny indikátora a nő helyzetének, életformájának, törekvéseinek alakulása a társadalomban. Mindez várhatóan tükröződni fog azután a nő pszichopatológiai tüneteinek tartalmi sajátosságában, az egyes szindrómák előfordulási gyakoriságában vagy éppen ritkaságában is.

Fenti általános témafelvetésen és munkahipotézisen belül ezúttal csupán a női elmekegés 1867 és 1918 között hazánkban észlelt nagyzasos téveseszméit kívánjuk speciális vizsgálat tárgyává tenni. Pontosabban megfogalmazva kérdésfeltevéseinket:

1. A vizsgált történeti korszakban milyenek voltak Magyarországon a nők társadalmi helyzetét és szerepét tükröző, továbbá a társadalmi ambícióikkal, értékorientációikkal kapcsolatos megalomán doxasmák?

2. Milyen az e témakörbe vágó, különféle nagyzasos téveseszmeféleségek megoszlása a gyakoriság szemszögéből?

E kérdésekre két kórrajzminta feldolgozása alapján kíséreltünk meg választ adni: egyrészt egy, a monarchia időszakából származó 400, de csupán nőbetegek kórtörténeteit magában foglaló válogatás alapján, másrészt egy, szintén a monarchia korát reprezentáló 1200-as kórrajzmintára támaszkodva, amely azonban már — a nemek közötti összehasonlíthatóság végett — fele arányban férfi eseteket is tartalmazott. Ily módon a monarchia fél évszázados korszakából összesen 1000 nőbetegek kórtörténete került feldolgozásra. Miután az 1880-as népszámlálás a gyengeelméjűeken kívül az akkori

Magyarországon 12 809 elmebeteget mutatott ki, az 1900-as pedig 16 000-et, megállapítható, hogy az általunk feldolgozott 1000 eset az említett időkeresztmetszetekben nyilvántartott női elmebetegek populációkhoz viszonyítva — amelyek mindkét alkalommal a teljes beteglétszámnak kb. a felét képezték — azoknak mintegy egyhatodát, illetve egy-nyolcadát tette ki.

Mindkét válogatást a lipótmezei, angyalföldi és nagykálói elmeegógyintézetek, a pesti klinika és további három vidéki elmeosztály több tízezres, az említett időszakot felölelő kórrajzanyagából végeztük, ügyelve a minták összeállításakor arra, hogy az esetek mind időbeli, mind térbeli megoszlása lehetőleg részarányos legyen. (Így a tízévenkénti előfordulási gyakoriság megközelítően azonos volt, a születéshely tekintetében pedig az első mintában pl. a monarchia korabeli Magyarország akkori 63 vármegyéje közül 51 szerepelt.)

A két válogatásban szereplő nőbetegek szociológiai megoszlását tekintve szembetűnő volt, hogy mindkét mintában kb. 50% foglalkozás nélküliekből, azokon belül is jórészen családtagokból vagy háztartásbeliekből tevődött össze. A nagyságrendben második legnépesebb csoportot (17% és 20%) az alkalmazottak képezték, akiknek túlnyomó többsége házicselédként vagy szakácsnőként dolgozott. Értelmisségi foglalkozást űző nő az első mintában 2,5%-ban, a másodikban csupán 2%-ban fordult elő, míg felsőbb osztályba tartozók, birtokosok stb. 6, illetve 3,5%-kal. Ez utóbbi statisztikát — a nő-társadalomnak a korra jellemző általános foglalkozási megoszlásán kívül — magyarázni látszik az a körülmény is, hogy a mintavétel elsősorban az ország nyilvános, közellátást biztosító három állami elmeegógyintézetéből történt. Ismeretes ugyanakkor, hogy a középosztály, a tisztikar, s szórványosan a mánásréteg képviselői megbetegedésük esetén előszeretettel a Babarcsi-Schwartzter-féle, majd később még egyéb más magán elmeegógyintézeteket keresték fel.

A diagnosztikai szóródást illetően — a kor sajátos pszichiátriai nomenklatúráját figyelembe véve — megállapítható, hogy az esetek kb. felében „vesania”, „tébolyodottság” (vagyis paranoid kórformák) szerepelt kórismeként, egynegyedében „terjedő hűdéses elmezavar”, ennél valamivel kisebb számban „dühösség” (azaz mánias fázis) stb.

Első felmérésünk eredményeiről 1974-ben Athénban, az V. Nemzetközi Szociálpszichiátriai Kongresszuson számoltunk be, a másodikról pedig 1975-ben Budapesten, a Magyar Pszichológiai Társaság IV. nagygyűlésén.

Mindkét, eltérő anyagon történt felmérés eredményei azonos irányba mutattak, mégpedig többféle vonatkozásban is. A két mintára vonatkozó vizsgálatainkból — összesítve — az alábbi, szignifikánsnak tűnő összefüggések rajzolódtak ki, s ezekkel kapcsolatosan a következő konklúziókat véltük levonhatóknak:

1. Elsősorban a nőbetegeken észlelhető nagyzasos téveseszmék elemzése során két új, sajátosan szociálpszichiátriai terminus technikus bevezetése látszott célszerűnek: a *direkt* és az *indirekt* kóros nagyzas fogalmi meghatározására gondolunk.

Direkt nagyzásos téveseszmén azt értjük, amikorra a beteg közvetlenül a saját énjére vonatkoztatja kóros nagyzását. Akár oly módon, hogy valamely testi-szellemi-lelki tulajdonságát, képességét értékeli a valóságot meghaladóan kiválónak, akár úgy, hogy közvetlenül saját magának tulajdonít rendkívüli hatalmat, gazdagságot, elhivatottságot, politikai vezető szerepet stb.

Az *indirekt* nagyzás esetében viszont — ami különösen a monarchia korabeli nőbetegek esetében bizonyult gyakorinak — ismét két lehetőség van:

A beteg vagy valamely rajta kívül álló, de vele ténylegesen kapcsolatban levő személyre vonatkoztatja alapvetően a nagyzást, s azt a személyt ruházza fel elsődlegesen hatalommal, gazdagsággal stb., míg ő maga legfeljebb mint azon személy *kapcsolt függvénye* — tehát mint leszármazottja, anyja, rokona, felesége, barátnője vagy szeretője — mintegy indirekte részesül e vélt javakban. Jól szemlélteti ezt a lehetőséget a következő két példa: 46 éves Bács megyei lakos, tanító neje, aki „tébolyodottságban” szenvedett, 1876-ban azt hangoztatta, hogy az ő férje *Béla* királytól származik, s bácsikája *István* király, kinek Budán van a palotája. Egy másik, Pest megyei 27 éves hajadon, diagnózisa szintén „tébolyodottság”, 1907-ben olyasfajta téveseszméket nyilvánított, hogy az ő szeretője szabadsághős, *Rákóczi* fejedelem, akit Pesten felakasztottak, „... mert a király féltette a trónját és a kenyerét tőle”.

A másik lehetőség: a beteg önmagát egy olyan ismert és kiemelkedő személyiséggel hozza összefüggésbe, akivel ténylegesen semmiféle kapcsolata nincs. A feltételezett kötelék révén azonban az illető valószínűleg meglevő előnyeiből áttételesen, *indirekte* saját magát is részesedni véli, ily módon saját helyzetét szintén felértékelve. Ez a kiemelkedő személyiség nem ritkán maga a császár volt. *Ferenc József* — akit a Bécsből irányított politikai propaganda előszeretettel mint a monarchia népeinek jóságos atyját, megértő patrónusát jelenített meg a köztudatban — e minőségében érzékeny visszhangra talált a kor nőinek lelki világában. Számos kórrajzban olvashatunk a következő két példához hasonló tartalmakat: 35 éves, özvegy magánzónő, Pest megyei lakos, „tébolyodottság” a diagnózisa. 1898-ban azt mondotta, hogy nagyon gazdag atyja van, az uralkodóház tagja, aki nem más, mint *Ferenc József*. Magához hívta őt Bécsbe lakni, ahol a részére egy nyolcszobás házat rendezett be. Pesten ugyanakkor felséges atyja 18 házat építtetett neki. Egy másik, 47 éves, paranoiás nőbeteg — budapesti, hajadon állapotú varrónő — 1904-ben az alábbi téveseszmék miatt került kórházi felvételre: „... *Ferenc József* második felesége vagyok. Előzőleg egy orosz herceg felesége voltam, de mivel a császár nagyon szerelmes volt belém, hazahozatott, s Bécsben vett lakást nekem... Esküvőnk után Kairóban voltunk nászúton. Addig azonban nem megyek fel az udvarba, amíg *Erzsébet* él, ő ugyanis féltékeny reám és üldöz”.

Mármint figyelembe véve az első minta 400 és a második 600 nőbetegén észlelt összes téveseszmét — tehát a minden egyes beteg kórtörténetében le-

írt valamennyi doxasmát — megállapítható, hogy az 1000 beteg esetében 1435 *indirekt* és 1259 *direkt* kóros nagyzással számolhatunk.

Két további adat nyomósítja ezeket az arányokat:

Az első felmérés adatai szerint a talált 867 *indirekt* megalomán doxasmán belül 110 *egyszeri* és 757 *többszöri közvetett* nagyzás szerepelt. Ez utóbbi fogalom alatt azt értjük, amidőn egyugyanazon beteg többféle nagyzásos tartalmat is közöl, de mindig az *indirekt* nagyzás valamely fentebb definiált értelmében. Megfelelő példa erre azon 27 éves Fejér megyei cseléd esete, aki paranoiában szenvedve, 1905-ben magát egyrészt *Hunyadi János leányának* tartotta, másrészt *férjeként István főherceg-nádort* nevezte meg, akitől 2 fenséges *gyermeke* van, s azoknak a keresztapja *Rudolf trónörökös*.

A második mintában lehetőségünk nyílt összehasonlítani a két nem viszonylatában a *direkt* és *indirekt* nagyzások számát. A 600 férfibetegnél majdnem kétszer annyi *direkt* nagyzás szerepelt, mint a nőknél (960 : 472). Ugyanakkor hasonló arány mutatkozott az *indirekt* nagyzások terén, de fordított előjellel: 568 ilyen tartalom fordult elő a nőknél, s csupán 276 a férfiaknál.

Az *indirekt* nagyzások esetében maga a beteg az általa kiemelkedőnek tartott személyiségnek többféleképpen is lehet a függeléke. Így például feltételezheti, hogy egészen szoros vérségi kapcsolatban áll vele: ő az illető kiválóság *leánya*, esetleg *anyja*, netán a *testvére*. Mindezen variációk képviselik a tágabb értelemben vett *genealógiai téveseszmék* körét. Lehet azonban az is, hogy feltételezett kapcsolat lazább: a beteg úgy véli, hogy az illető kiválóság csupán távolabbi rokona, barátja, jóakarója, esetleg csak jó ismerőse. A másik, a monarchia elmekóros nőinél leggyakrabban észlelt kóros megalomán vonatkoztatási forma az volt, amidőn arról voltak meggyőződve, hogy egy előkelő, magas társadalmi állású úr feleségei, menyasszonyai, szerelmei, esetleg barátnői, szeretői. (Matrimoniális, Liebeswahn-szerű, erotoman stb. doxasmák.) A lényeg mindkét típusú *indirekt* nagyzás esetében az, hogy önmagukat csupán azért tartották jelentősnek, előkelőnek, hatalmasnak, gazdagnak stb., mert azt gondolták, hogy egy másik ilyen személy *kapcsolt* részei.

A 400 nőbetegnél szereplő 867 *indirekt* nagyzásos reláció kvalitatív elemzéséből továbbá az derült ki, hogy abból 169 volt genealógiai, 168 matrimoniális, 71 szerelmi jellegű, s 41 a feltételezett előkelő jóakaróra vonatkozó. A második minta 600 női esetén pedig az 568 *indirekt* megalomán vonatkoztatásból 288 származási-rokonsági és 280 házassági-szerelmi természetűnek bizonyult. Utóbbi viszont a férfiaknál csupán 96 esetben fordult elő, amidőn is házastársukat például a „*muszka* *cár leányának*”, „*előkelő osztrák hercegnőnek*” stb. tartották.

Az *indirekt* nagyzásos relációk kvalitatív elemzéséből szembetűnő, hogy azok a leány, a menyasszony, a feleség, az anya, a barátnő, a kitarított, a pártfogolt stb. jellegzetesen női szerepeivel kapcsolatosak. Mindezek mélyen a nő biológiai struk-

túrájában gyökereznek, s bizonyos értelemben minden korban diszpozíciót jelentenek a társadalomban betöltött másodlagos, függőséggel jellemezhető helyzetre. Természetesen, a társadalmi struktúra erősítheti, sőt kizárólagossá is teheti a nő biológiai szerepét, vagy éppen ellenkezőleg azon túlmenően személyiségének teljességét is kibontakoztathatja, önálló munkát és szerepkört adva neki a tágabb közösségben.

E tekintetben ismeretes, hogy a monarchia korabeli Magyarország nőlakosai közül mily kevesen dolgoztak. Az 1880-as népszámlálás például a „Magyar korona országaiban” 7,9 millió nőt tartott nyilván, s ugyanakkor 5,8 millió családtagot, vagyis nem dolgozó nőt és gyermeket. A dolgozó nők közül is 973 000-en a földművelésben, 503 000-en napszámosként, s 384 000-en házicselédként voltak alkalmazva. Feltűnő továbbá, hogy ház- és járadék-tulajdonos csak 20 957 volt a nők között.

A nő társadalmi helyzetét e korszakban úgyszólván kizárólag apja vagy férje előkelősége és gazdagsága szabta meg. Lényegében tehát családja, majd később férje függvénye volt, szerepkörét döntően a hitvesi és családanyai feladatokra korlátozták, ezzel voltak kapcsolatosak a vele szemben támasztott morális elvárások is.

A nő társadalmi helyzetével kapcsolatosan kialakult általános közvéleményen túlmenően még külön megsejtenedtek kiszolgáltatott helyzetüket azok a nők, akik nagy számban dolgoztak cselédként, szakácsnőként, nevelőnőként úri házaknál vagy mezőgazdasági napszámosként nagygazdák-nál. Az anyagunkban e kategóriánál észlelhető tömeges *indirekt* nagyzasok — amelyek főleg genealógiaiak, vagy szerelemmel-házassággal kapcsolatosak voltak — minden bizonnyal tényleges társadalmi helyzetük kompenzálására szolgáló vágytendenciákként értékelhetők.

Megítélésünk szerint az ismertetett pszichopatológiai adatokat a társadalmi statisztikák alátámasztani és értelmezni látszanak. Jóllehet anyagunkban pszichotikus nőbetegek ambícióiról és nagyzásairól van szó — úgy az *indirekt* patológiás nagyzasok abszolút számának a női nemnél mutatkozó túlsúlya, mind pedig a többszöri *indirekt* relációk körükben való sűrű jelentkezése — globálisan híven tükrözik a nő társadalmi helyzetét a monarchiában.

2. Az egyes nagyzasos téveseszmeféleségek előfordulási gyakoriságát és az azokban megnyilvánuló értékorientációkat illetően az alábbi — a korra messzemenően jellemző — megoszlás mutatkozik:

a) A két mintában összesen 1460 kóros nagyzas vonatkozott a származási előkelőségre és az ezzel együttjáró hatalomra, gazdagságra stb. Az *indirekt* formák vonatkozásában az arisztokratikus eredetet, rokonságot vagy a főhercegekkel, grófokkal, bárókkal feltételezett házasságot vagy szerelmi viszonyt a nők körében a kor tipikus és gyakoriságában vezető patológiás nagyzási formájának tekinthetjük. Schwartz F. már 1858-ban így írt a nőknél oly gyakori szerelmi tébolyról: „Fiataloknál és városokban fordul leginkább elő... oly személyekhez hajlanak, kik rangjuk, vagyonuknál fogva

szenvédélyüket nem viszonzhatják, vagy nem is akarják, avagy nem is gyanítják, hogy ily érzet tárgyai s gerjesztői”. A főnemesség zárt világába mindenáron való bejutás vagy legalábbis közelebb kerülés vágya a pszichózis zajlása során nem ritkán áttörte az ösztönös női tartózkodás, szemérem és a jó hírnév feletti gondos örködés gátjait, s dacolva a kor társadalmának konzervatív etikai normáival, kifelé szigorú, de sokszor látszaterkölcseivel, a betegek minden szégyenérzet nélkül egyenesen azzal dicsekedtek, hogy ők nagy urak szeretői, kitartottjai. Így például az a 26 éves, Erdélyben lakó hajadon cseléd is, aki „tébolyodottságában” 1875-ben azzal kérkedett, hogy a török császár kedvese, s egyéb fejedelmekkel is viszonya van.

A mágnások társasági életének, életformájának követésére, utánzására, elérésére irányuló kóros orientáció dominanciáját két tényező is magyarázhatja: így mindenekelőtt az, hogy „... az arisztokrácia társadalmi és politikai befolyása még a századelőn is változatlanul hatalmasnak látszott” (Hanák Péter: Magyarország története, 1972.). Zömében ők voltak a nagybirtokok urai és a politikai hatalom birtokosai. Ismeretes például, hogy 600 arisztokratának volt ezer holdon, 184-nek tízezer holdon felüli — az összes föld 15⁰/₀-át tevő — birtoka. Sőt, amint az köztudott, még az elszegényedett arisztokraták is nagy társadalmi presztízzsel rendelkeztek, a született főnemeseket tekintették az előkelőség élő képviselőinek. Mindez nem mondható el ugyanakkor egyértelműen a fináncburzsoázia tagjairól. Jellemző módon, az 1000 nőbeteg csupán 376, tisztán csak a gazdagsággal, vagyis pénz, gyárak, házak stb. birtoklásával kapcsolatos téveseszmét produkált.

Másrésről a kor híres és köztudott főúri szerelmei, morganatikus házasságai (például Rudolf trónörökös, János Szalvátor főherceg és részben Ferenc Ferdinánd trónörökös esetei) a női képzeletet bizonyára nem egy esetben felcsigázták, s titokolt reményeknek adtak tápot.

b) Feltűnő volt továbbá, hogy a nők között mily csekély számban fordultak elő olyan téveseszmék, amelyeknek tárgya a *saját szellemi kiválóság* lett volna. Az első mintában csupán 66, a másodikban 80 illet találtunk. Ezenkívül, míg a 600 férfi-beteg 124 inventárius doxasmát adott, a második minta ugyanannyi nőbetege között egyetlen feltalálási téveseszmé sem volt található. Ami szembe-ötöl ezekből az adatokból, az mindenekelőtt a nők csekély szakmai, a foglalkozás, alkotás terén megmutató ambíciója, és még ennél is csekélyebb irányultságuk a műveltségre, szellemi értékekre.

De mindezt jórészen magyarázzák a nők helyzetére vonatkozó statisztikák: a „Magyar korona országaiban” 1880-ban — az összes népesség százalékában megadva — 40,80% férfi és 28,29% nő tudott írni és olvasni, míg 56,12% férfi és 63,21% nő tartozott a sem írni, sem olvasni nem tudók közé. 1890-ben az értelmiségi keresetágakban dolgozó nők (például szülésznők, tanító- és nevelőnők, színésznők stb.) a tulajdonképpeni értelmiségi osztályhoz tartozó összes kereső egyéneknek csupán 15⁰/₀-át tették ki. Önálló társadalmi érvényesülés

— különösen az intellektuális pályákon —, magasabb iskolázottság megszerzése az átlagos monarchia korabeli nő számára tehát legfeljebb kivételképpen jöhetett szóba.

Tanulmányunk az e témára vonatkozó kutatásainknak csupán *előzetes* és *néhány lényegesebb szempontra kitérő* ismertetése kíván lenni. A nagyobb anyagon történő finomabb pszichopatológiai és részletesebb szocio-kulturális elemzés, valamint ezek eredményeinek egybevetése a statisztika, művelődéstörténet stb. vonatkozó adataival folyamatban van.

Pisztora Ferenc dr.
Farkas Judit dr.

Az országos főorvosi hivatal és Pfisterer András protomedikus

Linzbauer Xavér Ferenc paragrafus-dús kódexeit lapozgatva feltűnik, milyen fontos egészségügyi rendeletek kelteződtek a Habsburg-történelem (és Szomory Dezső, ill. Németh László) színpadáról felénk tekintő reformer II. József rövid uralkodásának (1780—1790) hatodik esztendejében. A közvetítő-végrehajtó helytartótanács elrendelte: patikatulajdonos csak gyógyszerész oklevéllel rendelkező személy lehet, a vagyontalanok a gyógyszert a megye terhére, ingyen kapják (*medicamenta gratis praestanda*), a borbélyokat eltiltotta mindenemű orvosi beavatkozástól, körülírta a megyei főorvos (fizikus) jogi-kötelességi hatáskörét, ez évtől számítható a hivatalos iskolaegészségügy stb., stb., továbbá *van Swieten* bécsi mintájára megszervezte az országos főorvosi (protomedikusi) hivatalt.

Az 1786. szeptember 5-én kiadott pár soros latin nyelvű rendelet szerint a protomedikus feladatai: az orvosképzés legfőbb felügyelete-irányítása, valamint a közegészség- és kórházügyek intézése-ellenőrzése. Ebben az esztendőben szűnt meg elvileg a Habsburg-birodalmon belül a bécsi orvosi oklevél kiváltságos volta, noha helyzeti előnye érthetően továbbra is megmaradt. A következő, 1787-es év elején a 7569-es számú rendelet német nyelven már név szerint *Veza* (helyenként *Veza*) Gábor főorvos, királyi tanácsost jelölte ki erre a posztra, aki 1777—1784 között az Orvosi Kar igazgatója is volt, a március 14-i részletes instrukció pedig személyre szabottan határozta meg feladatait. *Győry*, *Magyary Kossa*, *Gortvay* érintőleg utalnak rá, érdemesnek tűnik tehát pontjaiba sürítve ismertetni.

Veza protomedikus feladatai:

1. Az orvosképzés (*medizinischen Studii*) irányítása-felügyelete.

2. A pesti és Pesthez tartozó kórházak ellenőrzése. E pont javasolja a bécsi *Quarin* báróval a személyes kapcsolat felvételét, akinek az *Animadversiones Practicae in Diversos Morbos* c. kétköte-

tes kézikönyve tartományokszerte igen használatos volt.

A 3. pont értelmében a protomedikus továbbra is a tanulmányi bizottság tagja marad, a különböző alapítványok üléseire külön kap meghívást.

4. Járványok idején a megyei főorvosokon keresztül ő irányítja a járványellenes küzdelmet.

5. Marhavész és egyéb állat-epidémiák észlelését azonnal jelenteni kell Bécsbe *Wollstein* professzornak, de tanácsot kérhetnek közvetlenül az újonnan kinevezett *Tolnay Sándor* tanártól.

Végül a 6. terjedelmes pontcsoport előírja, hogy jelentést kell tenni: a betegségek előfordulásáról-lefolyásáról-gyógyításáról, a gyógykezelés hatásosságáról (avagy hatástalanságáról), az esetleges új gyógyszerekről, az egészségügy összterületén tapasztalható visszaélésekről (kuruzslás stb.), valamint az egészségügyben tevékenykedők munkájának minősítéséről.

Veza 1786-tól ismét az Orvosi Kar igazgatója is egyszemélyben. Amikor az 1792-es évi országgyűlésen felvetődött az orvosi fakultás Pestről való elhelyezésének lehetősége (*a bűnös nagyvárosból egy erkölcsösebb(!?) kisvárosba*), *Veza* főorvos a maga óvatos módján a Pesten való maradást támogatta. Négyesztendős tanrendi tervzetét viszont a Helytartótanács nem fogadta el, helyette a megfelelőbb hastesztendős javaslat érvényesült.

Országunk első protomedikusa 1799-ben halt meg, az utána következő *Schraud Ferenc* (szintén bécsi minta alapján) már nem lehetett a tanulmányi bizottság tagja. *Schraud*, aki Csanád megye és Szeged város tiszti főorvosaként *Tentamen theoriae generalis februm* címmel könyvet írt a lázelméletről, 1792—1802 között a sebészek részére az elméleti orvostan előadója, 1802 és 1806 közötti kari igazgató, 1806 tavaszán hivatásának teljesítése közben a vasmári tífuszjárvány áldozata lett.

Ugyanez év őszén nevezték ki a harmadik protomedikust, *Pfisterer Andrást*, aki 1791-ben már a belgyógyászat (*praxis clinica*) tanárjelöltje volt, de a reformer-conformator II. József korai kidőlte után a valódi trón-tirannus I. Ferenc, a Szentszövetség későbbi despotája következt, és öfelsége a kinevezésnél még a Helytartótanács véleményét sem vette figyelembe.

Pfisterer Budán született (1759), ugyanott szerzett oklevelet az emlők gyulladásáról tartott disszertációja alapján 1784-ben, tehát az utolsó budai oktatási esztendőben. Végzése után a Gellérthegy-öldali városrész tiszti főorvosa lett, majd 1802-ben a tanulmányi bizottság ülnöke, *Schraud* halála után hat hónappal, 1806 őszétől ő az országos főorvos, e kegyetlen idők hátlatlan szerepének vállalója. Az uralkodó már nem *Mária Terézia*, és nem a legnemesebb-legtragikusabb Habsburg, II. József (Németh László jelzői), hanem a vérmezős-majestát I. Ferenc. A mindenható egészségügyi tanácsadó pedig nem a religióban katolikus (ezért kellett a protestáns Németalföldet elhagynia), de a medicinában reformátor nagy *van Swieten*, még csak nem is a legalább jó tankönyveket író *Störck* tanár, hanem *Andreas Stifft* bécsi protomedikus, a zsarnok-bürokrata prototípusa, akit a költő *Grill-*

parzer az egyik versében *krummgebogene Stifft* jelzővel illetett.

Pfisterer András tehát akkor volt az egészség- és egyetemügy hivatalbeli kötélzáncosa, amikor Bécs és Pest között a legmélyebb szakadék tátongott, aljában a vérmezői emlékekkel. *Lelkiismeretes és ügybuzgó tisztviselőt nyert Pfistererben az országos egészségügy és az orvostudományügy, akinek érdemeit az uralkodó a Lipót-rend adományozásával jutalmazta, és akinek pozitív érdemeiből mit sem von le a professzorokkal szemben itt-ott tanúsított hatalomfitogtatásszerű magatartása, mint ama csalódottság utórezgése, amelyet dugába dőlt tanszék-aspirációi keltettek benne* — írja róla mintegy összegezőképpen Győry Tibor az ő kartörténetében. Nem vagyunk illetékesek a magatartást utólag mentegetni, de vajon a Szent-*szövetség* inkvizitorszellemű érájában lehetett volna-e hatalomfitogtatásmentesen boldogulni azokkal, akiknél az észérvek nem érvényesültek? Mert ilyenek akkor is voltak.

Ha belelapozunk József nádor német nyelvű leveleibe (sajtó alá rendezte *Domanovszky Sándor*, 1935), elborzadunk a napóleoni idők és a csúfos kudarcba fulladó nemesi felkelés közegészségügyi viszonyain, jobban mondva iszonyain. Több ember pusztult el tifuszban, mint a puskagolyótól, pestisben, mint a kardvágástól. S az első számú felelős a protomedikus volt. A budai és a pesti katonai kórházakban olyan siralmas állapotok uralkodtak, hogy a polgári kórházak orvosait (olykor egyetemi tanárokat) kellett odavezényelni, ami természetesen sok hatalomfitogtatásra adott elkerülhetetlen lehetőséget.

Amikor 1809-ben életbe lépett a II. Ratio Educationis, magyar nyelvű sebészeti tankönyv hiányában Pfisterer főorvos a chirurgia magyar nyelven történő előadását még nem támogatta, de elvállalta a Pesti és Budai Jóttevő Asszonyok Egyesülete kezdeményezésére (l. Brüll Klára: Orvosok és Kórházak Pest-Budán, 94. old.) egy nyomor-*enyhítési és gyógyítási akció* orvosi teendőit, természetesen ingyen. Sok energiát fordított a kuru-*slók* megfékezésére. Járványvédelmi érdemeiért a szentpétervári Orvos Társaság is a tagjai sorába választotta (l. *Schultheisz—Tardy*: Fejezetek az orosz—magyar orvosi kapcsolatok múltjából).

Jóllehet a járványos napóleoni időkben életével játszott, a hét szűk esztendő mégis 1816-ban kezdődött. Ugyanis *Schraud* halála óta az orvosi kar igazgatói tisztségét nem töltötték be, s ekkor Pfisterer kapta meg — méghozzá Stifft támogatásával. Ezzel magára vonta az egyetemi elnök, *Ürményi József* befolyása alatti tanártársak haragját. Pláne amikor megkövetelte a tanároktól az előadások pontos megtartását, Stifft lakáját vélték benne felismerni. S ha valaki valamikor valakire ráüti a lakáj stigmáját, megjelennek a megkövezni készek. *Lenhossék Mihály Ignác* (később szintén protomedikus) hiába mondott köszönetet Pfisterer kari kinevezéséért, az *Ürményi* irányított szekta nem nyugodott meg.

Belekötöttek, hogy Pfisterer jogköre azonos leend a prágai egyetem igazgatójával (l. Győry *Kartört.* 318. old.) és nem a bécsiével, tehát elfo-

gadta a sértő megkülönböztetést. Avagy, hogy Budán lakik és jégzajlás idején a dékánnak (*Lenhossék*) kell helyettesíteni, aki mellel szívesen megtette. Aztán az 1819-ben kiadott 15 oldalas *instructio officiosa* a tanárok, asszisztensek és bábák részére, amelyben megkövetelte a rendet-*fegyelmet*. S annak idején noha ő támogatta *Fabini Teofil* szemészeti vizsgáztató jogát, szemére vetették, hogy a fizetési javaslatnál a szemészt kevesebbre taksálta például a jóval strapásabb szülésznél.

Ő volt az orvosi könyvek cenzora és revizora, a Helytartótanács ülésein az egészségügy referálója. Egyik 1818. évi jelentésében olvasható: az orvostan tanárok általában szorgalmasok, bár akadnak egyesek, akik elmulasztják előadásait, ezt azonban előzetesen az ok bejelentésével és a helyettes megnevezésével be szokták jelenteni. Stáhlly azonban bizonyos ürügyek alatt mulasztott, s így nem kímélhető meg a kötelességmulasztás vádjától. Volt rá felzúdulás, pedig váljék becsületére, hogy nem tett kivételt még a tisztelt-szeretett Stáhllyval sem. Kifogásolták *Gebhardt Ferenc*nek a gyógyszerstanra történt ideiglenes kinevezését, azét a *Gebhardt*t, aki először tartotta a tanári székhelyét magyarul (*Beköszöntő beszéd s tapasztalási orvosi tudományok méltóságáról*), és később a sebészek részére az általános kór- és gyógy-*tant* adta elő. Elfelejtették viszont, hogy Pfisterer dolgozta ki egy országos tébolyda tervét, ami a napóleoni háborúk után nem tudott megvalósulni.

Pfisterer protomedikus és a fakultás között tehát volt fülsértő súrlódás, de okáért nemcsak az egyik felület volt érdes. Ő is megkapta rendjelei mellé az áruló jelzőt, türelmetlen-elfogult kortársaitól (ez érthető) és a kartörténetírástól (ez viszont meglepő, l. Győry, 311. old.) egyaránt. A végsumma azonban igen szép: ha megkíséréljük végigtekinteni kötelezettségeit s élete összes körülményeit s hozzá azt is, hogy hivatali teendőit Pfisterer mindenkor kifogástalan lelkiismeretességgel végezte, akkor meg fogjuk érteni, ha egészségének összeroppanásáról értesülünk. Laknia Budán kellett, a Helytartótanács székhelyén, de naponta át kellett járnia Pestre az egyetemre s az orvosi kar épületébe, s látogatnia kellett az állatorvosi intézetet, a fűvészkertet, stb. a város különböző pontjain. Orvosi praxist egyáltalán nem ért rá folytatni, ami talán oly anyagi helyzetbe juttatta volna, hogy kocsit tarthasson továbbra is, de hatodik gyermekének megszületése után nem telt többé erre a célra s egyéb közlekedési eszköz híján gyalog járva rőtta az igen nagy távolságokat (Győry, *Kartörténet*, 374—375. old.).

A Törökország felől ismét fenyegető pestis miatt a protomedikusnak állandóan talpon kellett lenni a nagy kiterjedésű, inhomogén, higiénikus szempontból különösen elmaradott országban. Az akadémia alapításának évében halt meg e megröppant és agyonfárasztott férfiú.

Leszármazottjaiból kiválóságok kerültek ki, például egy múlt századi színházigazgató, és különleges-magános író-jelenség kortársunk: *Szentkuthy Miklós*, aki irodalmi szárnypróbálgatásait még protomedikus öse nevének kezdte.

Szállási Árpád dr.

Zsoldos János szerepe a magyar orvosi szaknyelv megteremtésében

Az Orvosi Hetilap 116. évfolyamának 36. számában ismertettük Zsoldos Jánosnak, Veszprém megye első tisztiorvosának munkásságát. Ekkor csak utalhattunk arra, hogy a szakirodalom a nyelvújítás egyik „tanult nyelv művelője”-ként is számon tartja őt.

A magyar nyelvújítás története nem ismeretlen sem a művelt közönség, sem az egyes tudományok szakterületeinek művelői előtt. A mi nyelvújító mozgalmunk azonban egy lényeges ponton eltér más népek nyelvfejlesztési tevékenységétől. A kor tudományos igényein túl egy nagyon erős belső hajtóereje volt: a nemzet függetlenségének, fennmaradásának igénye. Ezért több ez a mozgalom nyelvi-irodalmi-tudományos szükségletek természetes kielégítésénél.

A nyelvújító mozgalomban, különösen a XIX. század első harmadában, nagyon jelentős az egyes tudományok magyar nyelvének megteremtése. Ezt a szaktudományok fejlődése mellett a latin és német szaknyelv kiszorításának vágya is inspirálta. Még túlzásai is ebből adódtak. A hivatalos nyelv szójutításait részben a bizottságokban való dolgozás, részben olyan kiváló nyelvészek együttműködése mint Révay, Versegly irányította és fékezte. Ezzel szemben a többi szaktudományban egyrészt a természetes nyelvérzék, a józan okosság, másrészt az egyéni önkény, röpke ötlet és nyelvtudományi járatlanság a legcsodálatosabb gyümölcsöket termelte. Az elv az volt: mindent magyarul, és minden áron magyarul! Mégis: e nyelvújítók elévülhetetlen érdeme, hogy a régiségnek s a népnyelvnek kincseit felkutatják és a tudományos nyelv részévé teszik, a műnyelvet és műszótárt megalkotják, az ingadozásokat kirekesztik.

Zsoldos János a nyelv ügyéért való munkálkodást is „köteles közhaszonra tett fáradozás”-nak tekintette, és vállalta ezt a feladatot is.

Már első műve — Asszonyorvos, 1802 — íráskor az előszóban megfogalmazza nyelvi gondjait, újítási módszerének alapelveit. Mint szakíró, tapasztalja az általánosan elfogadott, törvényesített szaknyelv hiányát. De nem akar önkényes újító lenni, s ha mégis arra kényszerül, hogy egyes tudományos szavakat újakkal helyettesítsen, akkor magyar és szokásban volt szavakkal teszi. Diatetikájához (1814; 1818) szótárt függeszt, amelyben az értelmezések forrásait is feltünteti.

Zsoldos ezt követően jelentkezik önálló nyelvészeti munkákkal. 1825-ben és 1830-ban nagyobb tanulmánya jelenik meg a Tudományos Gyűjteményben, 1826-ban pedig Vidovics Ágoston pápavácsi plébános könyvéhez írott előszavában fejti ki véleményét a nyelvújítás módjairól.

Milyen elveket vall Zsoldos?

A Tudományos Gyűjtemény hasábjain hirdeti: a nyelv ügye közügy. Nyelvújító alapelvei időtállóak. A legfontosabbak: új szó alkotásakor a ma-

gyar nyelv természetét figyelembe kell venni. Idegen szavakat legfeljebb „mesterszók” esetében szabad átvenni. Az orvosi nyelv megteremtésében négy szempontot kell érvényesíteni:

1. Meg kell tartani a közismert szavakat. Például: orvos és ennek származékszavai.
2. Megtartandók a teljesen új szavak, ha „mesterséggel” és „természettel” megegyeznek.
3. Ne rövidítsük a szavakat! Hiszen nem új nyelvet akarunk alkotni — mondja —, hanem a régit „köszörülni”. Szemléltetésül hadd idézzük a meghonosodott lúz (lázad ~ fellázad igékből), s az életképtelennek bizo-

0.276. MAGYAR-DEÁK ÉS DEÁK-MAGYAR 3040

ORVOSI SZÓKÖNYV

A Z

ORVOSI TÁR' ELSŐ KÉT ÉVÉHEZ

Societat.
Medico-Pedica
et Chirurgica

DEÁK JÓZSEF
MAGYATÉKÁBOL

KIADÁK

PROF. BUGÁT ÉS DR. SCHEDEL.

600

Kiadásának az 1865-iki folyamathoz. Különösen az I. kötet 1. ft. op.

Pesten,

Az Orvosi Tár' hivatalában,

1833.

1. ábra.

KÉMIAI ELNEVEZÉSEK	47
TERM. TUD. TERMINUS TECHNICUSOK	45
BETEGSÉG NEVEK	35
ÉLETTAN - KÖRÉLETTAN	31
GYÓGYSZERNEVEK	23
KÖRTAN - KÖRBONCTAN	20
GYÓGYSZERÉSZET	13
BOTANIKA - GYÓGYNÖVÉNYEK	13
KÖZSZAVAK	9
ANATÓMIA	9
ORVOSI TEVÉKENYSÉG	7
EGYÉB	6
ORVOSI BEAVATKOZÁS	2

2. ábra.

nyult patkőnyv = patikakönyv szavakat.

4. Szükségesek és hasznosak a becsületes nyelvi viták, mert a szaknyelv megteremtésében a szakmák képviselőinek kell részt venniük, s kinek-kinek mestersége szavait megállapítani. Maga is elmondja véleményét „néhány mostanában támadt újabb magyar szóról”.

Zsoldos János Diaetetikájához fűzött szótárában és a Tudományos Gyűjteményben közölt cikkében 260 szakszót értelmez. Ahhoz, hogy a magyar orvosi szaknyelv születésénél értően lehessünk jelen, hogy megismerjük Zsoldos nyelvújítói gyakorlatát, meg kell vizsgálnunk az általa feljegyzett szavakat a maga és a mi korunk szemével is. Ehhez segítséget nyújt a Zsoldos korabeli *Bugát* — Schedel-féle Orvosi szókönyv (1. ábra), valamint Brencsán Orvosi szótára.

A 260 szóból mai orvosi nyelvünk 87-et, 34 százalékot ismer. A szavak 13 témakörbe sorolhatók. A Zsoldos által és a ma is használt szavak arányát grafikonon szemléltetjük (2. ábra).

A kémiai elnevezések, a terminus technicusok nagy száma a természettudományok fejlettsége

1. táblázat

Latin	Zsoldos	Bugát
Cancer	mirigyfene _R	rák _{PP}
Caries	csontfene _R	csontszű _R
Febris remittens	hideget váltó forródzás _{PP}	hideglelés _R váltóláz _{NYU} félbehagyóláz _{NYU}
Morbus chr.	kóros, sínyle sínylettető nyavalya _R	idült betegség _{NYU}
Phthisis pulmonum	tüdőveszély _R	tüdőenyészség _R tüdővész _{NYU} tüdőseny _{NYU}

_R régiségben ismert
_{NYU} nyelvújítási szó
_{PP} Pápai Páriz 1767

2. táblázat

Latin	Zsoldos	Bugát	Mai nyelv
Rachitis	csontther- vasztó _R	csont- seny _{NYU}	angolkór
Scrophula	sűj _R	görvély _R	Tbc-s nyaki nyirokcsomó scrophula
Scirrhus	Sülmirigy _R	Kőkem, Kő- kemeskemé- nyedés _{NYU}	Kötőszöve- tes ec. daga- nat Scirrhus
Tympania	szélkórság	dobkór _{NYU}	felfúvódás

_R — régiségben ismert
_{NYU} — nyelvújítási szó
_{PP} — Pápai Páriz 1767

mellett ezen szaknyelvek magyar nómenklatúrájának kedvező helyzetére is rámutat. A kémiai kifejezéseknek 30, a természettudományos szakkifejezéseknek 46%-át ma is használjuk. Az orvosi szaknyelv kialakulásának folyamatát jól érzékelteti a 35 betegségnév — amelyből ma kettőt használ az orvosi szaknyelv. A kórtan, anatómiai tárgykör ki- forrottabb nyelvi állapotot mutat. Tanulságos néhány témakört közelebbről megvizsgálni!

7. Gyógyszerész és gyógyszerészeti tevékenységgel kapcsolatos 13 név. 70%-a része mai szókincsünknek. Közöttük a patikus — gyógyszerész; patika — gyógyszertár; patikaszer — gyógyszer — orvosság. Az egy fogalomra használt több kifejezés egymás mellett élése jelzi, hogy a szavak és pártok közötti küzdelemből nem mindig kerülhetett ki egy szó győztesen.

A vizsgált anyagban leggazdagabb témakör a gyógyszerészet. Összesen 49 szóval szerepel, s e szóanyag 42%-a használt ma is. A gyógynövények — beléndfű, fagyöngy, búzaszand ~ aszandkóró — és a gyógyszerek, valamint készítésükkel kapcsolatos elnevezések a tudományos és népi orvoslás egymás mellett éléséről és fejlettségéről tanúskodnak.

11. Az orvosi tevékenység megnevezésére hét elnevezést találtunk. Ma egy sem használatos. Nem csoda. A „tudós orvos”, „babonáskodó” mellett ott az „üzönc” is a kor nyelvében, ami *Bugát* értelmezésében „practicus”-t jelent. — Zsoldos tiltakozik a persecutor szó ilyen értelmű fordítása és értelmezése ellen.

13. Orvosi beavatkozás megnevezésére két példát szolgáltat az anyag. Az egyik a „művintés”. Zsoldos az operáció kifejezés mellett foglal állást. (A megújított nyelvben operálni = művinteni.)

A nyelvújítás szavai között sok volt tisztavirág életű. Ami megmaradt, ma már nélkülözhetetlen része a szaknyelvnek. Ez elsősorban *Bugát* sikere, aki szakmai-társadalmi tekintélye mellett *Bajza*, *Kisfaludy Károly*, *Vörösmarty* és *Toldy Ferenc* támogatását élvezte. Az Orvosi Tár szerkesztőjeként pedig a szaksajtó ura volt. Így válhatott ízlése a magyar orvosi szaknyelv egyedüli mértékévé hosszú éveken át.

A Zsoldos javasolta szakkifejezések összevetése a *Bugát*—*Schedel*-szótár anyagával több okból figyelemre méltó. Az összehasonlítás módot ad arra, hogy betekintsünk a magyar orvosi nyelv fejlődésének történetébe. A két nyelvújító tevékenységében, módszerében a két irányzat szélsőséges gyakorlatát láthatjuk. Zsoldos archaikus nyelvet használ, *Bugát* újít, ha régi nyelvi alakot elevenít is fel. Néhány szó alaposabb vizsgálata elégséges ahhoz, hogy megértsük: *szótárt kellett készíteni* az Orvosi Tár első két évfolyamához! Ha bizottságban történt volna az orvosi szaknyelv egységesítése és magyarítása, bizonyosan nem ez a színes kép tárulna elénk!

Mindezek bemutatására a betegségeknek látszottak legalkalmasabbnak. A 35 betegségnévből ma 5 él, valamennyi *Bugát* magyarításában (1. táblázat). A táblázatban a latin megnevezés mellett a

Zsoldos és Bugát által használt betegségneve látható. A szavak mellett feltüntetett rövidítések tájékoztatnak az elnevezés koráról, eredetéről.

A *cancer* Zsoldosnál a régiségben is ismert mirigyfene nevet kapja. Bugát ráknak nevezi. Az elnevezés már Pápai Páriz 1767-es szótárában megvan. A *caries* magyar neve csontfene, majd csontszú. A *febris remittens* Zsoldosnál hideget váltó forrózás; mai alakja Bugát több elnevezéséből válik ki: *váltóláz*. A *morbus chronicus*ra Bugát az idült betegséget tartja helyesnek, szemben Zsoldossal, aki kóros, sínyle, sínylető nyavalya elnevezéseket ajánl és használ. A *phthisis pulmonum* szintén több változatból nyeri mai alakját: *tüdővész*.

Melyek azok a betegségnevek, amelyek az idő és nyelvérzék rostáján kihulltak? A 2. táblázat jellegzetes példákat mutat be. A *rachitis* csonttervasztó, csontsenyv mai megfelelője az általánosan használt angolkór. A *scrophula* Zsoldosnál a régi süjj, Bugátnál a felújított népi görvény. Ma első sorban a latin elnevezés használatos. A *scirrhus* népi neve sülmirigy, melyet Bugát kőkemre, kőkemes keményedésre változtatott. Ma a latin kifejezés mellett ritkán hallható a magyar megfelelő. Szemléletes a *tympania* szó története: a nyelvújítási szélkór, dobkór után a felfúvódás lesz használatos.

A példák jól szemléltetik a népnyelv kifejező erejét. Miért nem ezek az alakok honosodtak meg orvosi nyelvünkben? Bugát „önkényessége” miatt

— amely természetesen nem egyértelmű. Hadd ilusztrálja két szélsőséges példa:

1. A *cholerának* ma sincs magyar elnevezése, de Bugát a német „Breachruhr”-t szó szerint lefordítja, s hányszékelésre magyarosítja!
2. A *tabes* mai elnevezése — sorvadás — tőle származik. E szó a senyvednek népnyelvi változata, s így Bugát egy szép, régi, csak a tájnyelvben élő kifejezést ment meg az utókornak.

A fentiek bizonyítják, hogy Zsoldos következetes volt nyelvújítói elveinek gyakorlati megvalósításában. De a nyelv él, fejlődik — dialektikusan. Erre legjobb példát éppen a nyelvújítási harc szolgált.

Úgy gondolom, nem érdektelen ma felvillan-tani orvosi nyelvünk alakulásának göröngyös útját. Egységes nomenklatúra ma sincs. Ez egyre több nehézséget jelent a szakma minden művelőjének. A múlt század nagy vitáiban alakuló magyar orvosi nyelvet ma az angol szaknyelv fojtogatja. A nyelv-művelés, nyelvfejlesztés állandó, folyamatos munka. Sokat tanulhatunk az ortológus, ma is konzervatívnak tartott orvosi nyelv újítóitól, hiszen *alapelvük igaz*: a nyelvet fejleszteni csak a nyelv természetének megtagadása nélkül szabad. Ne feledjük: „Idegen nyelveket tudni szép, a hazait a lehetségesig művelni kötelesség!”. Vonatkozik ez a szaknyelvre is.

Mészárosné Varga Mária dr.

Sandosten® DRAZSÉ

Thenalidinum tartaricum 25 mg drazsénként.

Hatás

Erős permeabilitásgátló, viszketéscsillapító, anticholinerg és serotonin-antagonista hatású antihistaminicum. Egyértelműen javítja az allergiás folyamatoknál meglévő, néha tűrhetetlen fokú viszketést.

Csökkenti az erek permeabilitását, ezzel az oedemaképződést megszünteti.

Az eddig ismert és alkalmazott antihistaminokkal szemben csekély centrális hatása van, allergizáló hatása nincs.

Toxicitása csekély.

Indicatio

- Akut allergiás folyamatok: urticaria, Quincke-oedema, szénanátha, gyógyszer-túlérzékenység, allergiás eredetű asthma bronchiale.
- Ekzema
- Rovarcsepés
- Allergiás, essentialis és symptomaticus pruritus.

A feltüntetett indikációs területeken a tüneteket nagyrészt a felszabaduló histamin vagy a szervezetbe jutó histamin-szerű anyagok okozzák. Ennek eredménye capilláris permeabilitás fokozódás, a respiratoricus és digestiv tractus simaizmainak görcse, a bőrön fájdalmas duzzanat és erős viszketés.

antihistaminicum antiallergicum

Adagolás

Átlagos adagja felnőtteknek — tartós kezelés esetén is — naponta 3×1-2 drazsé. Súlyos esetekben napi 4×2 drazsé.

Mellékhatás: Súlyosabb esetekben alkalmazott magasabb dózisoknál múló fáradtságérzés léphet fel.

Figyelmeztetés: Fenntartó kezelés a beteg egyéni érzékenysége szerint történjék. Járművezetők, gépeken, magas munkahelyeken dolgozók ne használják. Altatókkal lehetőleg ne kombináljuk.

Megjegyzés

* Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján szabadon rendelkezhető.

Csomagolás: 20 drazsé 16,— Ft Lejárat: 5 év



Alkaloida Vegyészeti Gyár

Sandoz A. G. licenc alapján SANDOZ



Máj- és epeútbetegségek

Sexualis partnerek hepatitis-B fertőzésének profilaxisa hepatitis-B immunglobulinval. Redeker, A. G. James, M. D. és mtsai (County Hospital, 2826 South Hope St., Los Angeles, CA. 9007.): The New England Journal of Medicine 1975, 293, 1055.

1945 óta használatos a hepatitis-A profilaxisában a normál humán immunglobulin. Sokáig kérdéses volt hatása a B-típusú betegség megelőzésében. A szerzők a hepatitis-B immunglobulin hatásosságát vizsgálták az ismert betegek sexualis partnereire, akikkel a betegek rendszeresen együtt éltek a tüneteket megelőző 2, ill. 4 hétben. További kritériumok: a partnernek korábban nem lehetett hepatitis, se chronicus májbetegsége. Nem kaptak korábban vérátömlesztést és nincs olyan betegsége ami miatt a következő 6 hónapban transfúzióra szorulna. Nem lehetett narcomaniás. Laboratóriumi kritériumok: HBsAg negativitás, anti HBs negativitás, a serum aspartat v. alinin aminotransferase normális értéke.

A partnerek egyik része anti HBs mentes, a másik csoport hepatitis-B immunglobulint kapott.

96 beteg 100 sexualis partnere közül 47 HBIG-t, 53 kontroll globulint kapott. A kontroll globulin csoportból 33 partner közül 9 kapott B típusú hepatitis, az incubációs idő az injectio után 44–95 nap volt.

A HBIG csoportban 150 napig ellenőrzött 25 oltott közül az oltás után 74 nappal egy anicterikus non B-hepatitis és egy icterussal járó B-hepatitis fordult elő 90 napos incubációval. Ez utóbbi HBsAg és anti HBs negatív volt; a serológiai bizonyítékot az ismételt 1:200 titerű anti Hbc serum szolgálta.

A HBIG csoportban ritkább volt a subklinikai infectio. A normál globulin hatástalanságát B-típusú hepatitisben az átlag populatio alacsony antitest titerével magyarázták. Drake és mtsai hyperimmun globulint készítettek reconvalescens plasmákból. A savó hatástalanságának oka lehet az, hogy 1. évekkal (4 év) a gyógyulás után relative alacsony lehet az antitest titer, 2. HBsAg pozitív plasma is kerülhetett a poolba, ami redukálta annak anti HBs tartalmát.

A szerzők végül megállapítják, hogy a HBIG alkalmas a hepatitis-B profilaxisára sexualis partnerek valamint más kontaktusok esetében, ha fertőzésnek vannak kitéve.

Bár a klinikai hepatitisek száma relative alacsony, az eredmények mégis a HBIG kifejezett hatásosságát jelzik (25-ből 1, szemben a 33-ból 9 esettel).

A normál globulin minimális védelmet nyújt a B-típusú hepatitis-szel szemben. A HBIG elterjedését egyelőre költségessége akadályozza.

Horváth Gyöngyi dr.

Klinikai kísérletek hepatitis-B immunglobulinval. Mac. N. Surgeon, D., Chalmers, Th. C. és mtsai (Blood Resource Branch, Division of Blood Diseases and Resources, National Heart and Lung Institute, Bethesda, MD 20 014.): The New England J. of Med. 1975, 293, 1060.

A szerzők magas, közepes és normál titerű hepatitis-B immunglobulin hatását vizsgálták a hepatitis-B infectio megelőzése vagy módosítása céljából chronicus haemodialyzáló egységekben, laboratóriumi dolgozóknak és polytransfundáltaknak. Az immunisatio fulminans hepatitis-B-ben sikertelen volt, ezért azt nem folytatták.

A hepatitis infectiót 4 szempont szerint osztályozták.

1. Az infectio lehetősége — a hepatitis-B vírusfertőzés valószínűségével.

2. Súlyossága: ha a GPT legalább két és félszerese (vagy több) volt a normális felső határánál legalább 2 alkalommal 3–45 napig. A normális felső határát tízszeresen meghaladó GPT „súlyosabb” betegséget jelzett. Serológiai eset volt az antigen pozitív, minimális májlaesióval járó fertőzés.

3. Serotypus szerinti osztályozás. A B-típusú infectio kritériuma: a HBs antigen jelenléte vagy az anti HBs titer legalább négyszeres emelkedése.

4. HBs antigenaemia. 6 hónapon túl is kimutatott HBs antigen persistáló antigenaemiát jelentett. Ha az antigen 6 hónapon belül eltűnt, akkor ún. „nem determinált” esetekhez sorolták, míg ha a kezdeti pozitívítás után egyszer vagy többször HBs antigen negatívnak bizonyult, nem persistáló antigenaemiának tartották.

(Ref.: Módszertani leírás és beteganyag kiválasztás.)

Nemes Zsuzsanna dr.

Preventio hepatitis-B immunglobulinval művese egységben. Prince, A. M., Szmuness, W. (Division of Blood Diseases and Resources, National Heart and Lung Institute, BLDG 31, Rm. 4A04, Bethesda, MD 20 014.): The New England Journal of Medicine 1975, 293, 1063.

A szerzők egy művese állomás 318, az első dialyzálás előtti betegét és 296 alkalmazottját gamma-globulin preventióban részesítették.

Randomizálva és kettős vak módszerrel magas (1:500 000) anti HBs titerű (HBIG = hepatitis-B immunglobulin), közepes (1:5000) és normál (1:50) antitest titerű immunglobulint adtak. A betegek az első dialyzis előtt $9,9 \pm 6,4$ —, a dolgozók munkabábelésük után $29,6 \pm 21,3$ nappal kaptak globulin injectiót. A második oltás 120 nap múlva történt, kivéve, ha hepatitis vagy HBs antigenaemia alakult ki.

A 318-ból 57 beteg észlelt hepatitis, ill. HBs antigenaemiát, ebből 46 B-típusú volt (15 csak antigenaemia). Az első 8 hónapban szignifikánsan kevesebb volt az acut vírushepatitis a HBIG csoportban, mint a normál titerű globulin csoportban, és az alacsonyabb előfordulás 8 hónapon túl is megmaradt.

A személyzet körében 33 megbetegedés fordult elő. Az első 8 hónapban 5 a HBIG, 8 a közepes titerű és 9 a normál titerű globulin csoportban. A többi hepatitis eset 8 hónapon túl és zömmel a közepes titerű globulinval oltottak között volt.

A HBs antigenaemia tekintetében nem volt szignifikáns különbség a 3 csoport összehasonlításánál.

A betegek között 74%-kal alacsonyabb volt a hepatitis előfordulása a HBIG-val, mint a normál globulinval kezeltékben. Ez az arány azonban 44%-ra csökkent, amikor a vizsgálatot 12 hónapra terjesztették ki. Hasonló tapasztalatuk volt az alkalmazottak csoportjában is 50%, ill. 14% vírushepatitis incidenssel a 8., ill. 12. hónapban.

Egy másik művese állomás 90 dolgozóját HBIG injectióban részesítették 4–26 hónapig folyamatosan. (Az első 4 hónapban minden 5. héten, további 4 hónapig két havonta, majd minden harmadik hónapban). Hepatitis vagy antigenaemiát nem észleltek.

Korábban már felvetették, hogy a HBIG depressálja a szervezet immunválaszt a hepatitis-B antigenre, ami chronicus antigenaemiát, majd chronicus májbetegséget okoz. A szerzők ezt nem tapasztalták.

Eredményeik alapján úgy gondolják, hogy a HBIG injectio ismételt alkalmazása csökkenti a hepatitis-B gyakoriságát dialyzáló centrumok betegeiben és a személyzetben.

Horváth Gyöngyi dr.

Expositiónak kitétt egészségügyi dolgozók hepatitisének preventiója hepatitis-B immunglobulinval. Prince, A. M., Szmuness, W. (Division of Blood Diseases and Resources, National Heart and Lung Institute, BLDG 31, Rm. 4A04, Bethesda, MD 20 014.): The New England Journal of Medicine 1975, 293, 1067.

712 egészségügyi dolgozó 3 ml, 16%-os, 1:500 000, 1:5000, 1:50 titerű gammaglobulin valamelyikét kapta randomizálva az expositio utáni 7 napon belül és ismételtén a 25–35 nap között. Az expositio kri-

tériumai: acut hepatitises beteg, RIA-val HBsAg pozitív serum bőrsérülésre; nyálkahártyákra jutott, ill. a szájba került és az illető HBsAg (RIA), és az anti HBs titer (passiv haemagglutinációval).

39-en kaptak hepatist. 23-an műve állomáson, illetve transplantációs egységben dolgoztak. 648 percutan expositióból 38 hepatitis megbetegedés történt, 64 alkalommal más expositio vetődött fel.

A három csoportban korábbi anti HBs titer átlag 28%-ban mutattak ki. Közöttük a hepatitis felülnőn ritka volt, 135 személyből 1 eset. 11% volt az incidens azokban, akik nem rendelkeztek antitesttel az expositio idején. Az előfordulási arány 2% a magas titerű és 7% a normál titerű globulin csoportban — a különbség szignifikáns — 5% a közepes titerű globulin csoportban. A magas titerű globulinnal oltottak között 6 acut vírushepatitis fordult elő a randomizáció utáni 6—9. hónapban.

34 esetben B-típusú hepatist állapítottak meg. A májfunctiók tesztek minden esetben normalizálódtak és persistáló antigenaemia sem fordult elő.

A hepatitis szignifikánsan ritkább, ha magas anti HBs tartalmú globulint alkalmaznak. De még nem értik, hogy miért több a hepatitis-B a HBIG csoportban az injectiót követő 4. hónap után. Az egyik lehetőség az, hogy a magas titerű globulin csak késlelteti a betegséget. Az is lehet, hogy a késői megbetegedést második expositio okozza. Nem lehetetlen, hogy a nagyobb mennyiségű exogen (passiv) anti HBs megakadályozza a hosszan tartó, kombinált passiv-aktív immunválaszt. A magas titerű globulin injectio után még 6 hónapig residuális anti HBs mutatható ki, de ez elégtelen a késői esetek megelőzéséhez. A korábbiól származó szerzett anti HBs azokban lényegesen csökkentette a hepatitis-B előfordulását. Ismételt magas titerű globulin azonban elegendő anti HBs titer biztosít, hogy megnyújtsa a védelmet. Bizonytalan, hogy a globulin nem okoz-e túlérzékenységet.

Legjobb, ha a klinikai gyakorlatban haladéktalanul adjuk a globulint. Krugman és Giles a hepatitis-B vírus inoculatioja után 4 órával adták, késői esetet nem észleltek. Úgy látszik, hogy a HBIG korai adása a kívánatos. Előtte azonban meg kell győződni arról, hogy az illető nem HBsAg hordozó-e, ha igen tudunk kell, hogy potenciálisan immunkomplexek keletkezhetnek, ugyanúgy mint acut infectiót követő chronikus hepatitisben.

Horváth Gyöngyi dr.

A hepatitis-B immunglobulin haszna. Alter, H. J., Barker, L. F. és mtsai (Szerkesztőségi közlemény.) (National Institutes of Health Bethesda, MD 20 014): The New England J. of Med. 1975, 283, 1093.

A szerzők összehasonlították a HBIG és a standard immun serum globulin (ISG) preventív hatását a hepatitis-B infectióban. Megállapították, hogy nem szükséges az immunprofilaxis, ha keringő anti HBs mutatható ki, mert az ilyen egyének nem fogékonyak a B-típusú hepatitisre. A HBIG injectio indikációja a hepatitis-B vírus expositio (pl. intim kapcsolat HBsAg pozitív hepatitises beteggel), ilyenkor legalább is közepes védelemre törekszünk.

Úgy látszik, hogy nem helyes a HBIG profilaktikus alkalmazása posttransfusió hepatitisben.

Önkéntes donorokban igen érzékeny módszerekkel végzett vizsgálatok azt látszanak bizonyítani, hogy a posttransfusió hepatitis titer 90%-ban nem a hepatitis-B vírus okozza. Ezért leghelyesebb, ha a posttransfusió hepatitis megelőzése céljából alaposan megfontoljuk a lehető legkevesebb vértransfúziót, illetőleg a vérben érzékeny módszerrel megvizsgáljuk a HBsAg tartalmát. Végül legnehezebb annak elbírálása, hogy alkalmazzunk-e immunprofilaxist az ismételt hepatitis-B vírus fertőzésnek kitett egyénekben, és ha igen, HBIG-t vagy ISG-t adjanak-e. Ez a probléma érinti pl. a chronikus HBsAg hordozókat, ill. azokat, akik endemiás területen voltak egy meghatározott időpontban.

E csoportokban célszerűbb volna a hepatitis-B vaccinával aktív immunizálni a hosszú idejű immunizáció céljából. Amíg a B-vaccinával nem rendelkezünk, HBIG vagy ISG injectióval kell az adott situációban passiv-aktív immunitást elérni.

Nemes Zsuzsanna dr.

Hepatitis B vírus járványtani tanulmányozása Bangkokban (Taiföld). Grossmann, R. A. és mtsai. (Dept. Epid. USA Med. Comp. SEATO, San Francisco): Amer. J. Epidemiol. 1975, 101, 144—160.

A szerzők Bangkokban (Taiföld) 1971 június és 1972 április között randomszerűen vizsgálták a Hepatitis B-vírus (Au-Antigen) és ennek specifikus antitestje (HB-Antitest) előfordulását főleg a város szegényebb negyedeiben lakó alacsony jövedelmű családok háztartásbeli tagjainál. 631 egy éves és ennél idősebb egyén közül 8,2% volt HBs Antigen hordozó, az antigenhordozás prevalenciája sokkal magasabb volt átlagban a vizsgáltak 46%-a volt antitest pozitív. Az antigen prevalenciája férfiakban magasabb volt, mint nőkben, a legmagasabb a 10—29 éves korcsoportban volt. Az antitest prevalencia szintén magasabb volt a férfiaknál, mint a nőknél, viszonylag a 60 éven felüli férfiak között volt a legtöbb pozitív.

A Hepatitis B antigen és antitest együttes prevalenciája 1971-ben az 1—4 évesek korcsoportjában mintegy 20% volt, e prevalencia az

évekkel arányosan hamar növekedett s az 5 évesnél idősebb csoportokban könnyen elérte a 60—70%-ot. A kilenc hónapig tartó surveillance idején a vizsgáltak 13%-a lett vagy antigen vagy antitest pozitív és ugyanezen idő alatt 7% vesztette el pozitív válaszát. Az adatok azt mutatják, hogy a Hepatitis B antigen pozitív egyének tartós antigen hordozók, számuk és lakhelyük földrajzi megoszlottsága lehetővé teszi, hogy a hepatitis fertőzés a népességben, különösen Bangkok lakosságában tovaterjedjen. Az átvitel legfontosabb módja a személyes kontaktus. A tartós antigenhordozás lehetősége feltehetőleg genetikailag determinált.

Nikodemusz István dr.

A savó immunglobulinjainak változásai heveny és idült hepatopathiákban. Onoiko, V., Moreno Luna, A., Sotelo, A. (Inst. Gastroenterol. La Habana, Kuba): Rev. Cuban. Med. 1975, 14, 165—174.

A szerzők 50 heveny és idült májbetegségben szenvedő paciensek (14 vírushepatitis, 20 chronikus agresszív hepatitis, 5 persistens chronikus hepatitis, 11 májcirrhosis), 25 egyéb májbetegségben szenvedő és 105 egyéb megbetegedéssel kezelt paciensek vérfelhárjének összetételét vizsgálva a következőket állapították meg:

1. Heveny vírushepatitisben az IgM és IgG mennyisége emelkedik (14 eset közül 13 ill. 8-ban), amíg az IgA értékek nagyjából változatlanok.

2. Idült májartalmak esetén emelkedik az IgM, IgG és csak ritkábban az IgA érték (25 esetből 24,16 ill. 11 alkalommal). Egyes szerzők szerint az IgM értékek emelkedés az idült folyamat jele.

3. Számos máj és egyéb betegségekben tapasztalható volt, hogy megjelenik a beta-C vonalában egy precipitációs köteg, ezt a beta-C globulin egyes verziók szerint az immunglobulinok egy különleges csoportja (IgD, IgE vagy egyéb).

4. Több heveny és idült hepatopathiában olyan elváltozásokat lehetett észlelni, amelyek polyclonalis gammopathiára engedtek következtetni.

5. Az immunglobulin értékek, valamint az egyéb laboratóriumi vizsgálatok adatai (bilirubin, pyruvát-transaminase, proteinogram) között közvetlen korreláció nem volt.

6. Irodalmi adatok és saját megfigyelések alapján, melyeket a májellenes antitestekkel kapcsolatban és az immunsuppressorok alkalmazásával kapcsolatban végeztek, a hepatopathiák és autoimmun folyamatok közötti szoros kapcsolatra lehet következtetni.

Nikodemusz István dr.

Alfa-foetoprotein radioimmunoassay human serumban. Klinikai

értéke májbetegségekben. Chay-vialle, J. A. P. és mtsai (Unite de Rech. de Physiopathologie Digestive, INSERM U 45, Lyon, CEDEX 2 France): Amer. J. Digestive Diseases 1974, 19, 1102.

A szerzők érzékeny radioimmunoassay (RIA) technikát dolgoztak ki a serum α -foetoprotein meghatározására. Egészségesek, malignus hepatómában, májmetastasisban és különböző nem daganatos betegségekben szenvedő betegek serumában vizsgálták az α -foetoprotein (AFP) szintet a RIA alkalmazásával.

A 136 egészséges egyén átlagos AFP szintje $3,8 \pm 1,3$ nanogramm/ml volt. A 34 primer hepatocellularis carcinómában szenvedő beteg mindegyikének kóros volt a serum AFP koncentrációja, közülük mindössze ötnek (14%) volt 500 ng/ml alatti a serum AFP szintje. A 19 májmetastasisos beteg közül 4 esetében és a 118 nem daganatos májbeteg közül 39 serumában találtak a normál felső határra (7,7 ng/ml) és 500 ng/ml közötti értékeket. Ezen adatok alapján az enyhén emelkedett serum AFP szint még nem tekinthető a malignus hepatoma biztos jelének. Több hónapos követés kapcsán egy haemochromatosisos beteg serumában átmeneti AFP szint emelkedést találtak — anélkül, hogy a betegnek kimutatható májtumora lett volna —, egyébként a nem daganatos májbetegségeknél a serum AFP koncentráció állandónak bizonyult a körlefolysis alatt.

Az érzékeny, jól reprodukálható RIA értékes segítség lehet a post-necrotikus cirrhotikus és haemochromatosisos betegek monitorozására, (ismert, hogy a malignus hepatomák előfordulása e körképekben elérheti a 20% -ot!) — de csak a tartós és jelentős fokú AFP szint emelkedés értékelhető malignus hepatoma gyanújeleként.

Pár Alajos dr.

Orvostörténelem

Alexander Gordon véleménye a gyermekági lázról — 1975-ben. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 1975, 51, 1009—1010.

Alexander Gordon angol születés 1795-ben tanulmányt tett közzé Londonban megfigyeléseiről, amelyeket egy aberdeeni gyermekági lázjárvány során tett. Ez a tanulmánya 1822-ben megjelent egy nagyobb kötetben is, amelyet William Campbell Edinburghban végzett vizsgálatáról állított össze.

A folyóirat most eredetiben tett közzé egy részletet Gordon tanulmányából. A részlet kifejti, hogy a gyermekági láz kórkóról sokféle feltételezés, elmélet van. Ezeket a szerző nem kívánja tárgyalni, mert ezekről a nőbetegekkel foglalkozó orvosoknak tájékozottaknak

kell lenniük. Saját észleléseit írja inkább le.

„Kétségtelenül bizonyított számomra” — írja Gordon — „hogy e betegség oka valamilyen specifikus ragály vagy fertőzés...” „Elegendő bizonyítékom van arra nézve, hogy a járványos gyermekági láz nem a légkör ártalmas összetételének tulajdonítható (ref.: ez volt akkor a leginkább elfogadott kóroktani elképzelés), mert ha ez lenne az ok, akkor a betegség válogatottabb, megkülönböztetés nélküli módon érné a nőket. A betegség azonban csak az olyan nőkön tör ki, akiket előzőleg már gyermekági lázban szenvedő nőket vizsgált orvosok vagy ápolónők látogattak, kezeltek, vagy ilyenek segédkeznek szülésüknél.”

„Röviden szólva, sok bizonyítékom van arra, hogy a betegség fertőző természetű, olyan, mint a himlő, vagy a bárányhimlő, amelyben a fertőzés gyorsan tovaterjed; e betegségben a fertőzés terjedése gyorsabb, mint bármely más, általam ismert fertőzés esetén.”

A szerző megállapítja, hogy a fertőző ágens nem sikerült felfedeznie. Biztos azonban — megfigyelései alapján — abban, hogy mindenki, aki gyermekági lázban szenvedő nővel került érintkezésbe, fertőzővé válik, és a fertőzést könnyen átviszi más terhes nőre, aki vele kapcsolatba kerül.

A szerző táblázatokban állította össze, melyik betegét mely más betegétől melyik orvosa vagy ápolónője fertőzte meg. Leírja a szülésznőknél fertőző szerepét is.

„Nagyon kellemetlen megemlékeznem” — írja — „hogy én magam is eszköze voltam a fertőzés terjesztésének, és sok nőt megfertőztem.”

(Ref.: A folyóirat kommentár nélkül tette közzé ezt a részletet Gordon immár csaknem kétszáz éve megjelent munkájából. Nem tudom, hogy Gordon megfigyelése, amely meglepően azonos Semmelweis észleléseivel, mennyire ismeretes az orvostörténelemben. Mindenesetre jól mutatja az orvosi felfedezések természetét: nagyon gyakori, hogy egymástól függetlenül, különböző korszakokban megfigyelik és következtetésekkel tisztázzák ugyanazt a jelenséget vagy szabályszerűséget, mígnem valaki a tudomány közkincsévé teszi azt, és ezzel a tudománytörténetben felfedezővé válik.)

Buda Béla dr.

Anaesthesiológia

Vele született anyagcserebetegségek gyermek-anaesthesiológiai vonatkozásai. Brown, B. és mtsai (University of Arizona, College of Tucson, Arizona 85724): Anesthesiology. 1975, 43, 197.

A közlemény ismerteti néhány anyagcsere-betegség kórelőfordulását, tüneteit és az altatással kapcsolatban várható szövődményeit.

Homocystinuria. Jellemző két aminosav: a homocystin és a methionin tömeges ürítése a vizeletben. Klinikai tünetei közül mütét közben és után a hyperinsulinaemián alapuló hypoglycaemia, valamint a pulmonalis, cerebralis, renalis és mesenterialis thromboemboliák okozhatnak váratlan nehézségeket. A thrombosis hajlam feltételezett oka érfalkárosodás, elhárítására heparin vagy dextran helyett Na salicylicumot, amidazophent javasol. A hypoglycaemia görcsökig fokozódhat, ezért a vércukrot 30 percenként kell ellenőrizni és cukorinfúzióra már a narkózis előkészítésétől kezdve fel kell készülni. Ezeknél a gyermekeknél a leggyakoribb mütét az ectopiás szemlencse eltávolítása, melyet azonban csak akkor tartanak indícitnak, ha a szem glaucomás, vagy ha a lencse az elülső csarnokba csúszott.

Myotonia. Három típusa ismeretes, valamennyi ritka betegség és nem mindig különíthető el élesen egymástól. Jellemző tünet az akaratlagos mozgás megindulásának és megszüntetésének nehézsége.

1. **Myotonia congenita** (Thomsen-betegség). Feltételezett oka az acetylcholin-cholinesteráz működési zavara. A jól fejlett vázizomzat kontrakció után nehezen lazul el.

2. **Paramyotonia congenita** (Eulenburg-betegség). Az előző típus-tól abban különbözik, hogy a myotoniás tüneteket testi megerőltetés vagy hideghatás váltja ki. A káliumszint az izmokban fokozott.

Altatásnál mindkét típus esetén kerülni kell a lehűlést (melegített műtőasztallal), a káliumszint változásait: K adását, konzerv vér transzfúzióját, digitalist, hypotiazidot, továbbá az izom-relaxansokat, a cholinergias és anticholinergias szereket. (A succinylcholin és a Stigmosan pl. tetanus-szerű képet válthat ki!)

3. **Myotonia atrophica** a betegségcsoport legsúlyosabb formája, izomgyengeséggel és progrediáló izom-atrophiával, elsősorban a pontobulbaris beidegzésű izmokon és a kéz izmain. A betegségnek sokszor legelső tünete a nyelési zavar, nasalis regurgitatio és rekedtség. Gyakori halálok az aspirációs pneumonia. További kísérő tünetek: cataracta, ptosis, homlok-táji kopaszodás, hereatrophia, endocrin zavarok, esetleg mentális retardatio. Az elváltozás érintheti a simaizmokat is (hólyag-dysfunctio, malabsorptio), valamint a szívizmot. Az EKG gyakran infarctus képét mutatja, kimutatható izom-elhalás nélkül. Gyakori a tachyarrhythmia és a block. Fokozott az érzékenység egyes gyógyszerekkel szemben (digitalis, antiarrhythmiaszerek, succinylcholin, kanamycin, gentamycin, neomycin), sőt intravenás barbiturat hirtelen halált okozhat.

Altatás esetén a gyenge légző-

izomzat miatt eleve meglevő alveolaris hypoventilációt aspiratio fokozhatja, ezért az endotrachealis intubatio minden esetben indokolt, a légzést pedig feltétlenül támogatni kell. Kerülendő az előzőekben már ismertetett veszélyes gyógyszerek és a lehűlés. Csak életmentő műtéteket végezzünk és ha csak lehet, helyi érzéstelenítésben.

Mucoviscidosis. Diagnosztikus értékű laboratóriumi lelet az izadtság fokozott NaCl tartalma. Az exocrin mirigyek viszkózus váladékot termelnek. A tüdőben a sűrű szivós hörgőváladék krónikus gennyes bronchitist, atelectasiát, perfúziós hypoxaemiát okoz. Légzésfunkciós vizsgálattal kombinált, obstruktív-restriktív respirációs zavart találunk. Gyakori a biliaris cirrhosis, mely kezdetben tünetmentes, csak a SGOT emelkedett. Az esetek 2–3%-ában azonban annyira súlyosbodik, hogy portalis hipertensio, oesophagus varicositas, hypersplenismus jön létre.

A kiterjedt tüdőelváltozás mind az altatás alatt, mind a postoperatív szakban számos nehézséget okozhat. Ezért az elektív műtét contraindicated, ha a VC kisebb mint a normális 50%-a, a PaCO_2 több mint 50 Hgmm, a FEV_1/FVC kisebb mint 65% és a pulmonalis reserv nulla. Ha a tervezett műtét előtt 1 hónapon belül akut pulmonalis exacerbatio zajlott le, akkor legalább 10 napos előkészítést kell végezni: lejtőztetési bronchodrainage, bronchoscopos váladékszívások, a köpetflórához igazodó célzott antibiotikumok. Ezt a kezelést a műtét után is mindaddig folytatják, amíg az aktív felkötődés nem kielégítő, közben folyamatos vérgáz-analízis szükséges, mivel gyakori postoperatív szövődmény az atelectasiás pneumonia és a légzésfunkció gyors romlása. Ha a beteg hypoxiás, műtét előtt vvs.-suspensióval kell fokozni az oxygen transport kapacitást, legalább 12 g% hgb.-ig. A malabsorptiós K-vitaminhiány, vérzékenység miatt pedig parenteralis K-vitamin adás szükséges.

Az altatás gyógyszeres előkészítésére, narkózisra, izom-relaxációra használt szokásos gyógyszereknek nincs ellenjavallata. Mivel a csökkent perfúzió miatt hosszúra nyúlik az inhalációs bevezetés, helyesebb az intravénás utat választani, barbiturattal vagy ketaminnal. Altatás közben legfontosabb, hogy elkerüljük a légzésdepressziót és a bronchusváladék besűrűsödését. A gázkeveréket párasítani kell, a váladékot gyakran le kell szívni és fellazulását hyperhydratióval is elősegíteni. Asszisztált, vagy kontrollált lélegeztetést végezzünk, de ne hyperventilációt.

Glycogenosisok esetén enzimhiány miatt gátolt a glycogen lebomlása cukorrá. Jelenleg 6 típus-

sát különböztet el, ezek közül csak az I. és V. típussal foglalkozik a közlemény.

I. típus: Gierke-kór a leggyakoribb. Tünetei közül hepatomegalia, növekedési elmaradás, zavart calcium-anyagcsere miatt osteoporosis és vérzékenység, hypoglycaemia, acidózis — e két utolsó a legfontosabb az anaesthesiológus számára. Altatásnál folyamatosan ellenőrizni kell a vércukorszintet, a pH-t és a standard bicarbonátot. A minél rövidebbre szabott műtétet 10%-os glukózin-fúzió védelmében, szükség esetén Na bicarbonat adása mellett kell elvégezni.

V. típus: McArdle-kór ritka betegség. Feltűnő az izomzat gyengesége és gyors kifáradása, mivel az izomglycogen nem alakul át energiaszolgáltató cukorrá, glukózzá. A narkózisvesztést a kifáradásos légzési elégtelenség jelenti a postoperatív szakban is. Kivédésére nemcsak a glukózin-fúziót ajánlják altatás közben, hanem a műtét végén intravénásan adott 50%-os glukózinjekciót is, mely elősegíti a spontán légzésre való visszaállást.

Familiaris dysautonomia (Riley—Day-syndroma). A mozgató, érző és vegetatív idegrendszer funkciózavara magyarázza ennek a ritka betegségnek változatos tünettanát: izomgyengeség, hypaesthesia, nyelési nehézség, hypotensio és cardiovascularis collapsus hajlam, hőszabályozási zavar, érzelmi labilitás. A vizeletben fokozott a homovanillinsav ürítés, ez a dopamin kóros metabolitja, amely azért keletkezik, mert a vérben nincs vagy kevés a dopamin- β -oxidáz, a dopamint normális körülmények között noradrenalinná bontó enzim. A noradrenalin szint is alacsony ezekben a betegekben.

Altatásnál figyelembe kell venni, hogy a hypercarbia-hypoxia nem vált ki hyperventilációt, mivel a légzőközpont reakciója is eltér a normálstól. További óvatosságot igényel a hypotensióra való hajlam, mely fektetési helyzetváltoztatásnál, vagy 0,5%-nál magasabb halothan vagy methoxyfluran koncentráció esetén cardiovascularis collapsust okozhat. Ügyelni kell a lehűlés és túlmelegedés veszélyére is. Egyetlen kedvező tényező a csökkent fájdalomérzés, ezért kevés anaestheticum (sokszor egyedül $\text{N}_2\text{O}-\text{O}_2$ is) elegendő. Izom-relaxansok és antidotumuk nem ellenjavalltak. Ketamin viszont károsan befolyásolhatja a labilis emocionális státust, ez utóbbi miatt különben ezek a betegek műtét előtt fokozott sedálást igényelnek. A postoperatív szakban hypoventilatio, aspiratio, váladékbesűrűsödés, decubitus jelentkezésére számíthatunk, ezért gondoskodni kell a megfelelő megelőző intézkedések pontos végrehajtásáról.

Kocsis Magda dr.

A polymethylmethacrylat haemodinamikai hatásai. Morr-Strathmann, U., Lawin, P.: Prakt. Anästhes. 1975, 10, 72.

A polymethylmethacrylat a csípőprothesisek ragasztóanyaga. A folyékony monomert és az előpolimerizált methylmethacrylatot közvetlenül a prothesis implantációja előtt keverik össze, s aktivátorok hatására a monomer polymerizálódik. A műteti technika szempontjából fontos, hogy a polymerisatio egy része intracorporalisán történjék. A műtétnek ebben a szakaszában — amint azt számos közlemény bizonyítja — sok esetben cardiovascularis szövődmények jelentkeznek, s ezek néha igen súlyosak. Maguk a szerzők is észlelték, hogy amikor a polymethylmethacrylatot az acetabulumba és a femurba helyezik, az arteriás középnyomás kifejezetten csökken. Az oki összefüggéseket még nem sikerült egyértelműen tisztázni. A szerzők a szív perctérfogatának polymethylmethacrylat hatására bekövetkezett változásait vizsgálták.

Vizsgálataikat kilenc, 59 és 81 év közötti életkorú betegen végezték, csípőprothesis műtétek során. A műteti érzéstelenítés minden esetben neuroleptanalgesia volt. Az intubációt succinylcholin relaxációban végezték, a relaxatio fenntartására pancuroniumbromidot adtak, és intermittáló pozitív nyomású gépi lélegeztetést alkalmaztak.

A perctérfogat meghatározása thermodilutiós módszerrel történt, az arteria pulmonalisba felvezetett Swan—Ganz katheter segítségével. Az arteriás vérnyomást az art. radialisba vezetett és Statham-elemmel összekötött kathéter útján mérték, s emellett folyamatosan regisztrálták a centrális venás nyomást, valamint a vérgáz értékeket is. A polymethylmethacrylat extracorporalis polymerisatiós ideje 5 perc volt.

A ragasztóanyagnak a vágásba helyezése után 30 mp-cel a szív perctérfogata kifejezetten csökkent, a csökkenés maximumát 2 perccel a ragasztás után észlelték. Ugyanilyen változást észleltek a polymethylmethacrylatnak a femurba helyezése után is. A perctérfogat csökkenésével egyidőben az arteriás középnyomás is csökkent, a kiindulási érték 10%-ával. A szív frekvenciája és az art. pulmonalis nyomása nem változott lényegesen, s nem voltak egyértelműek a vérgáz eltérések sem. A keringésdepresszió általában 10 perc alatt megszűnt.

Az eredmények alapján úgy látszik, hogy a csípőprothesisek beragasztásakor észlelt haemodinamikai változásokat a polymethylmethacrylat monomerek, és a polymerisatio során képződő summációs termékeknek közvetlenül a szívre gyakorolt negatív inotrop hatása okozza, perifériás vasodilatációval együtt. Ez a keringésváltozás rövid ideig tart és reversibilis. Az acetabulum, illetve a femur ragasztása után azonos változásokat észleltek.

Az irodalom a polymethylmethacrylat keringést depressáló hatásának lehetséges okai között tartja számon a polymethylmethacrylat-monomer microembolisációt, valamint a műteti trauma kapcsán létrejövő zsírembolisációt is. A szerzők vizsgálatai ezt a feltevést nem igazolták, miután sem a centrális vénás nyomás, sem az art. pulmonalis nyomás folyamatos mérése nem mutatott lényeges eltérést. Az utóbbi két parameter regisztrálásával egyúttal a hypovolaemia is kizárható.

A csípőprothesz beültetése során gyakran észlelt keringésdepresszió miatt fokozott gondot kell végez-nünk a betegek cardialis állapotának és volumenstatusának vizsgálatát és praeparatív rendezését, az érzéstelenítéshez olyan szereket alkalmazunk, amelyek a keringést csak kismértékben befolyásolják s műtét közben folyamatosan ellenőrizzük a vérkeringés állapotát, különösen a ragasztásokat követő kritikus 10 percen. *Molnár Edit dr.*

Ketamin-pancuronium-analgetikum narkózis-technika alkalmazása csecsemőkban végzett szív-műt-tekhez. Levin, R. M. és mtsai (Dept. Anesth. Children's Memorial Hosp., Chicago): *Anesth. Analg. Curr. Res.* 1975, 54, 800—805.

Ismert, hogy csecsemőkön végzett szív- és nagyér-műtétek alkal-mával gyakori a hypotensióval, bradycardiával járó keringéssze-omlás, amit arhythmia többnyire kamra-fibrillatio) kísérnek vagy követnek. Így a műtétek alatt resuscitációra gyakrabban kerül sor, magasabb az intraope-ratív és a műtétet követő 48 órán belüli halálozás. Az intraoperatív keringési szövődmény oka össze-tett. háttere a bonyolult patho-physiologiai elváltozás, amihez a műtét időszakában az anaestheti-cumok legtöbbször depressív hatá-sai és magával a műtéttel kapo-slatos sebészi manipulációk mecha-nikus hatásai társulnak. Mivel a keringés romlása a műtét egy meghatározott fázisában elkerül-hetetlen, meg-megújuló törekvése az anaesthesiologusoknak olyan eljárást és gyógyszerkombinációt találni, amely minimális depressív hatással rendelkezik, másrészt le-hetőséget nyújt a szövődmények kezelésére.

A szerzők — nem tekintve ki-elégítőnek a hagyományosan al-kalmazott halothan- N_2O-O_2 -curare technikát — új anaesthesio-logiai módszert kerestek.

Módszerük röviden a követke-zőkben foglalható össze.

A praemedicatio morfin (0,2 mg/kg és atropin (0,02 mg/kg) volt, a morfint 1 éves kor alatt ki-hagyták. Az anaesthesiát im. adott ketaminnal (5—7 mg/kg) vezették be, majd 50% N_2O-O_2 keveréké-vel lélegeztették. Már az intu-bációhoz is pancuroniummal rela-

xáltak (0,1—0,15 mg/kg) és a ké-sőbbiekben is ezt a relaxanst használták. Az anaesthesiát iv. al-faprodin (1 mg/kg) adásával és 50% N_2O-O_2 -vel tartották fenn. A pancuromin és az alfaprodin do-sisát újszülötteknél csökkentették. A keringést és a hőmérsékletet gondosan ellenőrizték. Kontrollált lélegeztetést alkalmaztak, az Ay-re-féle T darab Jackson-Rees módosítását használva. A műtét kritikus időszakát megelőzően vagy ha a már említett keringési szövődményeket észlelték, 100% oxigénnel lélegeztették, 0,5 maeq/kg natriumbicarbonatot és isopre-nalin infúziót adtak. Kamra-fibril-latio esetén DC defibrillációt vé-geztek és lidocaint kaptak a bete-gek. A műtét végén neostigmin-atropin mellett, ha központi ideg-rendszeri depressiót is észleltek, naloxont adtak.

Két betegcsoportot hasonlítottak össze: az I. csoportba a ketamin-pancuronium-narcoticum techni-kával, a II. csoportba a hagyomá-nyos (halothan- N_2O-O_2 -curare, N_2O-O_2 -curare) módszerrel al-tatott csecsemők tartoztak. Min-den egyéb körülmény (testsúly, életkor, műteti beavatkozás, mű-tét alatt ellenőrzés, lélegeztetés, folyadékpótlás, resuscitatio) a két csoportban közel azonos volt. A módszerek értékelésénél figyelem-be vették a műtét alatt előforduló hypotensio, bradycardia, kamra-fibrillatio, másrészt a műtétet kö-vető 48 órán belül előforduló halá-lozás gyakoriságát.

A két csoport között szignifi-káns különbséget csak a kamra-fibrillatio gyakorisága tekinté-tében tapasztaltak, a szövődmény a ketaminos csoportban fordult elő gyakrabban, amit azonban a sebé-szi és pathologiai okokra vezetnek vissza.

A szerzők véleményüket így fog-lalják össze:

A hagyományos technikával szemben az újabb technika any-nyiban nyújt többet, hogy bizto-sítja a cardiovascularis rendszer stabilitását az anaesthesia bevezet-ésének időszakában. A csecsemő-kori szívsebészeti műtétek fent vá-zolt anaesthesiologiai problémáit nem oldja meg, további gyógyszer-kombinációk és módszerek kere-sése szükséges.

(Ref.: Meglepő az az adat, hogy a műtét alatt a ketaminos csoport-ban szignifikánsan magasabb volt a kamra-fibrillatio előfordulása, jöllehet mindkét csoportban rutin-szerűen alkalmazták a műtét kri-tikus szakaszában isoprenalin in-fuziót. Farmakologiai megfontolá-sok, a szerzők által is idézett iro-dalom (Radnay, P. A. és mtsai: *Anaesth. Analg. Curr. Res.* 1974, 53, 365—369.) és saját tapasztala-tok alapján is az arhythmia és kamra-fibrillatio gyakoribb előfor-dulása a halothanlos csoportban várható. Megfontolandó továbbá, hogy csecsemőknél érdemes-e ru-

tinszerűen narcotikus analgeticu-mot (alfaprodin) alkalmazni az anaesthesia fenntartására, morfin praemedicatio mellett, amelynek hatása csecsemőkban elnyújtott és bizonytalan lehet.)

Matkó Ida dr.

Száraz és párasított gázkeverék kel történő lélegeztetés hatásá-nak összehasonlító vizsgálata ku-tyatüdőn. Fonkalsrud E. W. és mtsai. *Surgery*, 1975, 78, 373—380.

29 intravénás barbituráttal alta-tott kutyán 2, 4, 6 órás lélegeztetés hatását vizsgálták a ciliaris és bronchialis mucosa funkciójára. A bronchialis clearance vizsgálato-kat 6 kutyán végeztek. 8 állaton izolált bronchspiromériát (oxy-genfelvétel mérést), 6 állaton a pulmonalis surfactans anyagok fe-lületi feszültségének vizsgálatát, 6 állaton elektronmikroszkópos ta-nulmányokat, 2 állaton ^{133}Xe izo-tópos légzésfunkciós vizsgálatokat végeztek.

A kutyákat Carlens-féle kétlu-menű tubussal intubálták és a két tüdőt egymástól izoláltan lélegez-tették 60% oxigén, 35% nitrogén és 5% széndioxid gázkeverékkel. A lélegeztetést két szinkronizálva működő Bird respirátorral tartot-ták fenn. A jobb tüdőt száraz, a bal tüdőt párasított gázkeverék-kel lélegeztették. A párasító beren-dezés 37 °C-on kb. 25 ml/óra víz-mennyiséget párologtatott el. A pulmonalis clearance vizsgálatok-ra 1 μ részecske méretű tantal-por-t insuffláltak mindkét tüdőbe. Ki-ürülését 2, 4, 6 órás időközben ké-szített rgt-felvételeken követték. A rgt-képek azt mutatták, hogy a belégtett tantal-por eltűnése a pá-rásított gázkeverékkel ventilált tüdőből sokkal gyorsabb, mint a száraz gázzal lélegeztetett tüdőfé-lből. A különbség a két tüdő kö-zött annál kifejezettebb volt, mi-nél hosszabb ideig tartott a léle-gesztetés. A száraz gázkeverékkel lélegeztetett tüdőfélből kimosott surfactans anyagok felületi fes-zültsége négyszeresére, a párá-sított gázzal lélegeztetett tüdőben kétszeresre növekedett. Hosszabb ideig tartó lélegeztetés nem befo-lyásolta a felületi feszültség nagy-ságát sem a száraz, sem a párá-sított gázkeverékkel ventilált tüdő-félben. Elektronmikroszkópos fel-vételeken a nyálkahártyán a szá-raz gázkeverék hatására a bron-chialis ágrendszerből nyert szövet-mintákon a csillószerűk összecsap-zottságát, összekuszáltságát, granu-láris fonalas anyag lerakódását észlelték, mely kevésbé volt kife-jezett a párasított gázkeverékkel lélegeztetett tüdőben. Az izolált bronchspirometriás vizsgálatok szerint párasított gázkeverék be-légzésekor 100% oxigén inhalálá-sával felvett oxigénmennyiség 27,7%-kal magasabb volt, ami az ellenoldali tüdőfél gázcserezavará-

nak kompenzációjaként fogható fel. A légzésfunkciók zavar 24 órán belül mindkét oldalon normalizálódott. ¹³³Xe izotóppal végzett vizsgálatok szerint a gázfelvételben nem volt változás a két tüdőben a lélegeztetés alatt, az első 24 órában.

A kísérletek szerint száraz gáz inhalálása kiszárítja a nyálkahártyát, mely átmenetileg megzavarja, károsítja a mucociliaris clearance és kedvezőtlenül befolyásolja a gázcserét. Az észlelt zavarok párástással csökkenthetők. Ezen megfigyeléseknek az optimális humidificatio fenntartása szempontjából van jelentősége hosszán tartó általános anaesthesia során. A párástást steril feltételek mellett lehet csak végezni, a Pseudomonas-fertőzés veszélye miatt. Az optimális párástás a pulmonalis komplikáció megelőzése szempontjából játszhat jelentős szerepet.

Tekeres Miklós és

Intenzív betegellátás

A tetanus intenzív terápiája a felnőttkorban. Vic-Dupont, V. és mtsai (Hôpital Claude-Bernard CRM F 75 019 Paris): I. rész: A légzés egyensúlyának fenntartása: La nouvelle Presse Méd. 1976, 5, 31. II. rész: Kiegészítő kezelés: La nouvelle Presse Méd. 1976, 5, 83.

A kétrészes közlemény rövidített változata a IV. Nemzetközi Tetanus Kongresszuson (Dakar 1975 ápr.) elhangzott referátumnak és mint ilyen a Franciaországban elfogadott standard módszereknek összefoglalása.

Az első rész kiinduló tétele az, hogy a tetanusos beteg életét közvetlenül az akut légzési elégtelenség fenyegeti (akár a görcsállapot következtében kialakuló felső légúti elzáródás, akár a légzőmozgások korlátozottsága folytán kialakuló alveolaris hypoventilatio miatt.)

A kezelés bázisa: a diazepam (Valium, Seduxen). Kitűnő a prognózis, ha a beteg mérsékelt dózisu diazepam kezelés mellett (össz 260 mg/die) egyensúlyban tartható. Sikertelenség esetén az adagokat emelik, illetve phenoperidin kezelésre térnek át. Csak mindezek sikertelensége esetén kuzerizálnak (az esetek mintegy 5–10%-ában).

A gépi lélegeztetés nem választott módszer: alkalmazására akkor kerül sor, ha a gyógyszeres kezelés légzésdepressziót okoz. Az asszisztált lélegeztetést részesítik előnyben még kurarizáció esetén is, lévén céljuk kielégítő terápiás eredmény elérése a lehető legtakarékosabb gyógyszeradagolás mellett. Pavulonnal kurarizálnak.

A diazepammal kapcsolatban kímelik a szövetek, elsősorban a zsírszövet jó tárolóképesége miatt kialakuló rebound hatást: terápiás dózisozás esetén a diazepam elhagyása után 8 napig nem csök-

ken a vérben a koncentráció. Ezért a kezelés elején relative nagy adagokat adnak, majd gyorsan csökkentik a dózisokat.

Izolált trismus esetén elegendő lehet diazepam kontinuális adása cseppinfúzióban. Generalizált görcsök esetén tracheostomiát végeznek (a tartós intubációt elvetik). Közvetlenül a tracheostomia után megkezdik a diazepam kezelést. Adagolás: 5–10 mg óránként (max.: 7 mg/kg/die). 2–3 nap múlva az intravenás kezelésről enterális adagolásra térnek át nasogastrikus szonda segítségével.

A második rész foglalkozik a kiegészítő kezeléssel. A megfelelő sebészeti ellátás mellett rutinszerűen penicillin G-t adnak.

A tetanus gyógyításában 50 év óta vezető szerepet játszó heterológ szérumterápia kudarcát éppen a vázolt intenzív terápiás módszerek előtérbe jutása, szükségessége mutatja. Eppen a súlyos esetek bizonyítják, hogy a prognózis javulásában nem a heterológ antitoxin, hanem a szimptomás respirációs kezelés játssza a döntő szerepet. Többek véleménye szerint a szérumkezelés veszélyei miatt, már elvetendő (lásd: Principles on tetanus. Proceedings of the International Conference on tetanus, Bern, 1966, edit Huber, Berne, 1967).

Ujabb terápiás lehetőség a specifikus humán gamma-globulin és a humán tetanus antitoxin. Az előbbi használata még vitatott — mindenesetre alig elérhetően drága — az utóbbi veszélymentesen adható, mérsékelt adagokban (10 E/kg im.), célszerűen a korai stádiumban.

A vaccinatio (anatoxin) ma is kötelező, és pedig a betegség első napján, melyet egy hónapi intervallumokkal kétszer kell megismételni.

Fontos a megfelelő kalorizálás. 2500—3000 kalória bevitele, 150—210 g proteinnel, általában biztosítja a pozitív N egyensúlyt. Két esetben alkalmaznak vénás táplálást: ha a beteget amúgy is vénásan kell kezelni, és ha bélműködési zavarok állnak fenn. Egyébként szondatáplálást végeznek. Az iv. táplálásban zsíremulziót (600—1000 kalória) glukóz oldatot (1000—1500 kalória) és kazein hidrolizátumot (400—800 kalória) alkalmaznak. Szó szerint ezt írják: „a táplálásnak ezek a módszerei nem mindig akadályozzák meg a denutrició megjelenését a betegség folyamán, de csökkentik a lesoványodást, mely a betegség végére 5—10 kg-os súlyvesztést jelent”

Fontos még a folyadék-elektrolit egyensúly fenntartása, a folyamatos evakuációt biztosító tartós hólyagszonda, a megfelelő ápolás ide értve a kezdetben passzív, majd aktív mozgásterápiát. A thrombo-embóliás szövődmények kivédésére rutinszerűen calcium heparinátot adnak háromszor naponta.

A betegség átlagos időtartama (amíg szükség van a szedáló keze-

lésre) saját beteganyagukban: 19 nap, a tracheostomia átlagos időtartama: 34 nap; a kórházi benn-tartózkodás átlagideje: 2 hónap.

Szántó Imre dr.

A mozgó coronaria őrző szolgálat kialakítása Melbourne-ben. Luxton, M. és mtsai (Department of Cardiology, Royal Melbourne Hospital, Vic. 3050): *The Medical Journal of Australia*. 1975, 1, 612—615.

A szívinfarctus legkorábbi szakaszában igen magas a mortalitás: a halálos esetek 40%-a az első órában, 65%-a az első 12 órában következik be, s ennek nem az infarctus nagysága az oka, hanem a kamrai fibrillatio, melyet a korai időszakban eredményesen lehet kezelni. A szív-érgéltenség és shock korai kezelése is csökkentheti a mortalitást. A mozgó intenzív egységeket (Mobile Intensive Care Unit: MICU) abból a célból hozták létre, hogy a betegek kezelését már a beszállítás alatt haladéktalanul megkezdhessék.

A Royal Melbourne Hospital keretében 1970-ben szervezték meg a MICU-t. Kezdetben idősebb mentő tiszt és orvos dolgozott az egységeken, 1973 óta gyakorlott mentő-ápoló személyzet. 1974 óta négy MICU működik. A betegek megfelelő ellátása érdekében intenzív oktatási programot dolgoztak ki. A hagyományos mentő-ápoló személyzetből válogatták ki a megfelelő embereket, akik kéthetes elméleti oktatás után az intenzív osztályon öthetes gyakorlati képzést kapnak. Ezután írásbeli vizsgát tesznek, majd 3 hónapos „szolgálati training” következik a mozgó egységeken. A hívások közötti időben a kórházi osztályon gyakorolják az intubatio és intravenás infusio technikáját. Végül szóbeli vizsgát tesznek. A kiképzés után képessé válnak a sűrűs klinikai situációk (arrhythmiaák szívinfartusban, vérvesztés, akut respiratorikus elégtelenség, stb.) felismerésére és kezelésére. Havonta részt vesznek a beszállított esetek orvosi megbeszélésén is. Kétévente újabb vizsgát tesznek.

Mind a négy koci hordozható defibrillátorral, monitorral, extern pacemaker-rel, intubációhoz szükséges műszerekkel, gyógyszerekkel, rádió adó-vevő készülékkel van felszerelve. Orvosi konzíliumot tudnak kérni, ehhez telefonon keresztül el tudják juttatni a beteg EKG-ját. A szolgálatot a lakosok és az általános orvosok hívhatják. Átlagban 14 perc alatt érik el a beteget.

1974-ben összesen 3515 hívás volt, ebből 1835 volt valószínűleg infarctus. 13%-ban adtak gyógyszerrel. 27 hónap alatt 52 beteget resuscitáltak kamrai fibrillatio vagy asystolia miatt, hatot defibrilláltak. Közülük 31 érte el élve a kórházat, 16 él egy év után, 7 további túlélő nem érte még el az egyéves utóvizsgálatot. 5 meghalt.

Egy MICU évi fenntartási költsége 140 000 dollár, egy hagyományos

mentő-kocsíé 12 000 dollár, egy beteg szállítási költsége 47 dollár.

A lakosságot is oktatják részben a MICU jelentőségére, részben a cardio-pulmonalis resuscitatio technikájára.

Kétségtelen, hogy a melbuorne-i MICU szolgálat már sok beteg életét mentette meg. Azonban az infarctus első tüneteinek jelentkezése és a kikerkezés közötti idő még mindig átlagosan 4 óra. Ennek az időnek a nagy részét a beteg késlekedése adja. A lakosság intenzív oktatásától várható ennek a lerövidülése. Várhatóan így több lesz a resuscitatio is. Kiképzési módszerüket alkalmasnak tartják széles körű elterjedésre. A szolgálat munkájának további javulása a lakosság ismereteink növekedésétől várható.

Kálló Kamill dr.

A megszületés után keletkezett respirációs distress-syndroma kezelése pozitív vég-kilégzési nyomásos lélegeztetéssel. van Haeringen, J. R. és mtsai (The Respiratory Care Unit, University Hospital of Groningen, the Netherlands): Scandinavian Journal of Respiratory Diseases 1975, 56, 185—194.

Ashbaugh és mtsai kezeltek első ízben sikeresen egy mellkassérült beteget pozitív vég-kilégzési nyomásos lélegeztetéssel 1967-ben. Az eljárás eredményes voltát azóta többen megerősítették. Az újszülöttnél és a már megszületett egyénben keletkezett respirációs distress-syndroma (RDS) között főleg kóroktani különbség van. A szerzők 36 beteget, 21 férfit és 16 nőt kezeltek pozitív vég-kilégzési nyomásos lélegeztetéssel. A betegek életkora 2—82 év, átlag 29 év, 24 beteg 30 évesnél fiatalabb volt. A syndroma oka tüdőszöveti, keringési elégtelenség, zsír-embolia, szív-tüdőgéppel való kezelés, szétosztott érrögösödés, félrenyelés, vírus okozta tüdőgyulladás, septicæmia, heveny veselégtelenség, égési sérülés, füst-, gáz-, gyógyszermérgezés, oxygen toxicitas, sugárártalom, folyadékmal való túlterhelés, neurogen tüdővízenyő volt. 16 esetben a syndroma direkt tüdőszöveti volt kapcsolatos. 20 esetben tüdőszöveti nem volt. Utóbbiak közül 18 félrenyelte, 13 betegnek pedig gram-negatív tüdőfertőzése volt.

Valamennyi beteget Engström-respirátorral lélegeztették, 50%-nál nem töményebb oxigénnel, 7—15 víz-cm nyomással. Időközönként szükség szerint a légszűrőből a váladékot leszívatták. A gram-negatív tüdőgyulladást gentamycinnel, esetleg carbenicillinnel kezelték. A thrombo-embolia megelőzésére anticoagulansokat adtak, a légmelllet leszívatták.

A pozitív vég-kilégzési nyomásos lélegeztetés hatására csaknem mindenik beteg állapota, arteriális oxigéntensiója javult. Meghalt az első csoportból 5 beteg, és pedig agyká-

rosodás, légmell, légútelégtelenség kapcsán, ill. ismeretlen okból, a második csoportból pedig 10 beteg agykárosodás, légútelégtelenség, szívgyengeség, septicæmia, légszűrővérzés, tüdő-embolia kapcsán, ill. rekesz alatti tályog műtétje közben.

Boncoláskor RDS esetén a tüdőben az alveolusokban vízenyőt, vért és a felület-feszültségi anyag hiányát találták, ami légzési elégtelenséget, a ventilatio-perfusio zavart, hypoxaemiát és súlyos esetben hypercapniát okozott. Klinikai tünetei szapora légzés, cyanosis, hypoxaemia, ami oxygen-lélegeztetésre alig javult. A légszűrőből nagy mennyiségű véres-habos váladék ürült. Kezelés nélkül a betegek 100%-a meghalt. A tüdőszövetek, ill. a nem tüdőszövetek halálózásában különbséget nem észleltek. A pozitív vég-kilégzési lélegeztetést legfeljebb 3 napig végeztek és azt a betegek jól tűrték. A RDS kezdetén észlelt félrenyelés kedvezőtlen jel a kórjóslatban: 12 ilyen beteg közül 9 meghalt.

Pongor Ferenc dr.

A heveny légzési elégtelenség kezelése. Ferlinz, R.: Dtsch. med. Wschr. 1975, 100, 57.

A Mainz-i II. belklinika pneumonológiai osztálya vezetőjének áttekintő cikke. A légzési elégtelenség (l. e.) lehet globalis (alveolaris hypoventilatio), ilyenkor arteriális hypoxia és hypercapnia jön létre. A respirációs acidosis heveny esetben rendszerint dekompenzált, idültben kompenzált szokott lenni. A l. e. másik formája a partialis; ilyenkor hypoxia mellett normo- vagy hypocapnia állhat fenn. Oka vagy a distributio (gáz- és véreloszlás) vagy a diffúzió zavara. A l. e. felléphet előzmények nélkül, vagy pedig idült l. e. (legtöbbször obstruktív syndroma) akut exacerbációjaként. Utóbbi rendszerint heveny légúti fertőzés váltja ki.

A therapia irányelvei: 1. a heveny l. e.-t kiváltó alapbetegség kezelése, 2. a vérgázok korrigálása megközelítően az akut romlást megelőző értékekre, 3. szövődmények (jobb- és baloldali légúti elégtelenség, pneumonia) kezelése.

Az l. e. életet fenyegetőnek tekintendő 40 Torr alatti pO_2 (kb. 75%-os saturatio), 65 Torr feletti pCO_2 valamint 7,2 alatti pH értékek esetén. Idült l. e. akut romlásakor a beteg magasabb CO_2 szinthez szokott, ezért ilyenkor az életet fenyegető hypercapnia 80 Torr értéknél kezdődik. A hypoxia legtöbbször megszüntethető a belélegzett levegő oxigénnel történő dústásával, hypercapnia azonban csak az alveolaris ventilatio fokozásával javítható. Ehhez intubálás és respirátor-kezelés szükséges.

A továbbiakban az O_2 -therapia technikájával foglalkozik. Alapelve, hogy az O_2 -ártalom elkerülése érdekében csak annyit szabad adni, hogy a PO_2 a normál értékek alsó határát elérje. Idültan fennálló

hypoxia (pl. obstruktív tüdőbetegség) esetén a pO_2 emelése légzés-depressióhoz, ezzel hypercapniához vezethet. E veszély annál nagyobb, minél több oxigént adunk és minél magasabb a pCO_2 . Ha utóbbi folyamatosan emelkedik, respirátor-kezelés szükséges. Az oxigén folyamatosan adandó, az intermittáló adagolást helytelennek tartja.

A respirátor-kezelés elkezdéséhez támpontokat a klinikai kép, pl. fokozódó somnolentia (CO_2 -narcosis), valamint a 7,2 alá süllyedő pH érték ad. A lélegeztetés 8—10 napig nasotrachealis műanyag tubuson át, ennél hosszabb kezelés esetén tracheostomán keresztül történik.

Az intubálás súlyos légzési acidosis esetén gyakran anaesthesia nélkül is lehetséges; egyébként iv. diazepam (Seduxen) vagy propanidid (Sombrevin) adandó kéjgázzal kiegészítve. Kerülendő a cardiodepressív hatások miatt a halothan és a relaxansok. Eszméletlen, illetőleg lélegeztetésben beteg kontrollált (gép által vezérelt) lélegeztetés végzendő. Megtartott öntudat esetén asszisztált (beteg által vezérelt) lélegeztetés történik. Lehetséges szerrint levegőt kell befújni; O_2 -t csak szükség esetén szabad hozzáadni és csak annyit, hogy a pO_2 valamivel a l. e.-t megelőző érték alatt legyen. Sok vagy tisztá O_2 -t csak a feltétlenül szükséges legrövidebb ideig, kontrollált lélegeztetéssel egybekötve szabad adni. A vérgázok javulása után fontos a korai leszoktatás, kezelés közben pedig a rendszeres vérgáz és mellkas-rtg kontroll. Végül még röviden foglalkozik a szerző a levegő párasításával, a légutak szabadon tartásával, néhány gyógyszerfeleség (corticoidok, hörgőtágítók, glycosidák, antibioticumok, légzési analeptikumok) adásával.

(Ref.: Tájékoztató jellegű, általános szakmai olvasókönyvnek szánt munka. Vitatható a súlyos CO_2 retentióban levő beteg anaesthesia nélküli történő intubálása az ilyenkor erősen fokozott syncope-veszély miatt, valamint a relaxansok globális elvetése, hiszen pl. a paneuro-nium gyakorlatilag nem deprimálja a szívet.)

Baranyai Lajos dr.

Az optimális kilégzési légúti nyomás acut pulmonalis elégtelenségben szenvedő betegeknek. Suter, P. M. és mtsai: New Engl. Jour. Med. 1975, 292, 284—289.

Az acut pulmonalis parenchymás elégtelenségre jellemző a csökkent functionális residualis capacitas (FRC), a tüdő-compliance csökkenése és a fokozott vénás keveredés, mely főként a nem-ventilálódó tüdő-segmentek révén kialakuló direkt jobb-bal shuntlódás következménye. Ezeket a változásokat a tüdőszövet consolidációja (pneumonia, congestio, atelektasia) vagy interstitialis változások (oedema, infiltratumok vagy fibrosis) idézik elő.

Korábban más szerzők előnyösnek találták az acut pulmonalis elégtelenség kezelésében a nagy légzésvolumenű ventilatio vagy a pozitív kilégzési végnomású lélegeztetés (PEEP) alkalmazását, külön-külön vagy mindkettőt együtt végezve. A PEEP mind előnyös, mind hátrányos hatásokat kifejthet: mindenekelőtt a PEEP helyreállíthatja az atelektasiás területeket a gázcsere számára, ezáltal növelve a FRC-t, a compliance-t és az arterialis-oxigén tensiót; másrészt túltághatja az alveolusokat, ezáltal csökkentve a compliance-t, esetleg disruptiót és pneumothoraxot okozhat; harmadszor: obstruálhatja a vénás visszaáramlást és így csökkenti a szív-percolumen-t.

Annak meghatározására, hogy a pulmonalis elégtelenség kezelésében a PEEP által előidézett maximális compliance egybeesik-e az optimális tüdő-funkcióval, a szerzők 15 acut pulmonalis elégtelenség miatt mechanikus ventilációt igénylő, normovolaemiás beteget vizsgáltak. A maximális oxigén transzportot eredményező kilégzési végnomás (percolumen arteriális oxigén tartalom) és a legalacsonyabb holt-tér fractio egyaránt igen nagy total statikus compliance-t eredményezett. Ez a kilégzési végnomás 0 és 15 vízcml között változott, és fordított összefüggést mutatott a 0 kilégzési végnomáshoz tartozó functionális residualis kapacitással ($r = -0,72$; $p < 0,005$). A kevert vénás oxigéntensio a 0 kilégzési végnomás (ZEEP) és a maximális oxigén transzportot eredményező kilégzési végnomás („legjobb PEEP”) között emelkedett, de azután a még magasabb PEEP értékeknél csökkent.

A szerzők szerint olyan esetek statikus compliance-t eredményeznek, ahol a szív-percolumen mérések nem keresztülvihetők, illetve a valódi kevert vénás vér nem hozzáférhető, a compliance alkalmas azon kilégzési végnomás jelölésére, amely megközelítőleg optimális cardiopulmonalis funkciót eredményez.

Zala Ilona dr.

Szülészet—nőgyógyászat

Vajúdok inhalációs szülési fájdalomcsillapításra használt maszk-, vagy pipa kliértékése. Dolan, P. F., Rosen, M. (Department of Anaesthetics, Welsh National School of Med., Heath Park, Cardiff, CF4 4XN): Lancet. 1975, II, 1030.

A vajúdok sajátkezüleg alkalmazott inhalációs analgesiaja eredményes és sikerrel használható, ha ezt a beteg önként és szívesen elfogadja.

Többféle kísérlet alapján megállapították a pipa (száj-csutora) előnyét a maszkkal szemben. A maszkot sok vajúdok elutasítja különböző egyéni okok, úgymint: a maszk gumiszaga, nyomása az

arcra, a gáz szárító hatása a maszk alatt, claustrophobia, náthában eldugult orrlyukak okozta fulladásérzés a maszk alatt stb. miatt. Ezzel szemben a pipánál még szemüveg hordása sem gátolt, a kezek szabadon használhatók, sőt a pipába még bele is lehet harapni fájdalom közben.

Szülészeti osztályon a vajúdoknak felajánlották a választást a maszk vagy pipa között. Legtöbbjük, vagy aki már használta is a pipát előző szülésnél — újból ugyanezt választja.

A szülészeti segédszemélyzet, aki a fájdalomcsillapítás fokát, a kábultság eredményét figyeli, szintén a pipa előnyös volta mellett foglalt állást. A pipa könnyen kezelhető, fertőtlenítés után újból használható, olcsó segédeszköz, melyet a szülészetben már széles körben alkalmaznak.

Faluhelyi Anikó dr.

A terhességi pyelonephritis és az újszülött kliniko-immunológiai jellemzői. Afonyina, L. G. és mtsai (Moszkva, A Szovjetunió Orv. Tud. Akadémiája és az Eü. Min. Tudományos Kutató Intézete): Akusersztvo i ginekológia. 1975, No. 11, 27—30.

A terhességi pyelonephritis magzatkárosító hatása közismert. Minden lehetőség adott az intrauterin bacterialis infectio kialakulására is, ami lényegesen hozzájárul a postnatalis morbiditás és mortalitás emelkedéséhez. Az intrauterin fertőzöttség (iu. f.) korai diagnosztikájában az utóbbi években helyet kapott az immunglobulinok vizsgálata is.

A szerzők célul tűzték ki, hogy pyelonephritissel szövődött terhességek (pyel + grav.) esetén az újszülött általános állapota mellett tanulmányozzák azok immunológiai reaktivitását is. 65 terhést és újszülöttet [25 physiologiás graviditással (kontroll) és 40 pyel + grav. (basis)] vizsgáltak és meghatározták az IgG, IgM, valamint az IgA szintet. Az immunglobulinokat az anya peripheriás vérében (szülés közben), a köldökvérben és a 7—10 napos újszülött peripheriás vérében határozták meg. A pyelonephritis kórokozója a 40 esetből 37-ben *E. coli*, 3 esetben *Streptococcus faecalis* volt. Az antibacterialis kezelés a terhesség I. trimenonjában penicillinnel, a II. és III. trimesztérben az előzőn kívül nitrofurantoin, nevigramon vagy szulfamid adásával történt. A pyel + grav. újszülöttjeinek születési súlya 2600—3800 g között volt. Hypotrophiát 7 újszülöttön állapítottak meg. Az Apgár-séma szerinti 4—7 pontos asphyxiában 14 gyermek született. Neurológiailag 24 újszülöttön a physiologiás reflexek gátlását vagy hiányát, az izomtónus zavarát, szemészeti neurológiai tünetegyüttest és ismételt postnatalis asphyxiás rohamokat találtak. A basis csoport 9 új-

szülöttjén intrauterin fertőzöttséget (iu. f.) diagnosztizáltak a súlyos általános állapot, fokozódó súlyvesztés, a bőrtakaró sápadtsága, szürkése, leukocytosis, balratolódás, proteinuria stb. alapján. A kontroll és basis csoport terhesének IgG koncentrációja között lényeges eltérés nincs. Ugyanez a helyzet az újszülötteknél. A kontroll-újszülöttek IgG szintje az első 10 nap folyamán változatlan volt, míg a basis csoportban ez a mutató fokozatosan csökkent. A basis anyai vér IgM szintje másfélszerese, a köldökvéré háromszorosa, az újszülött peripheriás vére pedig majdnem négyszerese volt a kontrollcsoport megfelelőjének. Az IgA mennyisége a két csoport anyai vérében azonos volt. A kontroll újszülöttek peripheriás és köldökvérében IgA-t nem tudtak kimutatni, míg a pyelonephritises anyák újszülötteinek köldökvérében aránylag magas IgA koncentrációt találtak, amely a postnatalis szakban tovább emelkedett.

Érdekes az iu. f. újszülöttek véreinek vizsgálata: az IgM és IgA szint nem különbözik a többitől, ugyanakkor az IgG concentratio a köldökvérben alacsonyabb, mint a basis csoport egyéb esetében és ez tovább csökkent a postnatalis élet 7—10. napjáig.

Vizsgálati eredményeiket elemezve a szerzők rámutatnak az iu. f. veszélyére. Az iu. f. korai felismerése és az idejében végzett terápiás beavatkozások a postnatalis morbiditas csökkenését jelentik. Ha a köldökvér IgM szintje meghaladja a 40—50 mg⁰/o-t, vagy IgA-t tudnak kimutatni, reális az iu. f. veszélye. Ha a postnatalis 7—10. napon az IgM és IgA 20—30 mg⁰/o-kal meghaladja a köldökvérben mért szintet és localis lobos folyamat (conjunctivitis, omphalitis stb.) jelei vannak, meg kell kezdeni az antibiotikus terápiát.

Orosz András dr.

A terhességi pyelonephritis gyakoriságáról. Maletyina, A. G. (Altáji Orvostudományi Egyetem Urológiai Intézete): Akusersztvo i ginekológia. 1975, II, 68—70.

Irodalmi adatok szerint a terhességi pyelonephritis (p.) gyakorisága 0,6—6,6% között változik. A szerző 545 gravidán végzett urológiai szűrővizsgálatot, melynek során 61 terhénél (11,2%) talált p.-t. Az irodalmi adatoktól lényegesen magasabb előfordulási arány részben az aktív kivizsgálással magyarázható. A szerző szerint a terhességi tünetmentes bacteriuria nem egyéb, mint tünetmentes p., ill. a bacteriumok ürítése az egyetlen tünete az uro-poetikus rendszer fertőzöttségének. Eredményei szerint a terhességi p. 2,2-szer gyakrabban fordul elő chronikus formában. Ezért nagyon fontos a panaszmentes gravidák aktív urológiai kivizsgálása. A 3-as kontrollcsoportot alkotó (100) nem terhes nő vizsgálata azt mutatta,

hogy a chronikus p. gyakorisága statisztikailag nem különbözik a vizsgált csoporttól, amiből következik, hogy a betegség kezdete a terhességet megelőző időre tehető. A különböző korcsoportok érintettségében statisztikai különbséget a szerző nem talált. Ugyancsak nem talált eltérést a primi- és multiparák megbetegedésének gyakoriságában. Figyelemre méltó azonban, hogy a 2-es kontrollcsoportba tartozó 52, megbetegedés (p.) miatt szakrendelésre utalt terhes 82%-a primigravida volt.

Tekintettel arra, hogy a p. a terhesek extragenitalis pathológiájában a cardiovascularis megbetegedések után a 2. helyen áll, kíváncsú a kötelező belgyógyászati és fogászati szűrés mellett az urológiai szűrővizsgálat elvégzése is.

Orosz András dr.

A placenta tapadási helye és a szülés lefolyása közötti összefüggés. Davidov, Sz. N. és mtsai (Lenin-grád, „Sz. M. Kirov” Orvostovábbképző Intézet): Akusersztvo i ginekologia. 1976, № 1, 36—39.

946 terhes esetében vizsgálták a cervix érettségét, a szülés időtartamát és a placéntaris szak lefolyását a lepény localisatiójával összevetve. A lepény tapadási helyét egydimenziós echo-technikás ultrahang készülékkel határozták meg, s az eljárás biztonságát utánvizsgálattal 97,8%-osnak találták. A placenta localisatiója: a fundusban 19%, a méhüreg alsó részén 6%, a mellő falon 5,5%, az oldalsó falakon 45,3% és a méh hátsó falán 24,2%. A cervix érettségét a rendszeres fájástevékenység első két órájában értékelték. A méhüreg alsó részén tapadó lepény esetén 89,6%-ban érett cervixet találtak, éretlen egy sem volt. A fundusban tapadt lepények esetén 26,5%-ban, míg a corpusban localisált lepények esetén 8,4%-ban éretlen volt a cervix. A szülés ideje szignifikánsan rövidebb volt az isthmushoz közel tapadó lepény mellett. A fundusban tapadó lepények 25,9%-ban, míg a corpusban tapadó lepények 5,6%-ban indikáltak manuális méhüri betapintást.

Orosz András dr.

Az intravascularis volumen expansiója és a magzat sorsa chronikus hypertóniával szövődött terhességben. Arias, F. (Department of Obstetrics and Gynecology. 4911 Barnes Hospital Plaza, St. Louis, Missouri 63110): American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1975, 123, 610.

Tanulmányok sora igazolta már, hogy a (nem toxicosus eredetű) chronikus hypertóniával szövődött terhességek perinatalis mortalitási aránya és koraszülésfrekvenciája magasabb, gyakrabban fordul elő a magzat intrauterin növekedési re-

tardatiója is. A következmények még ennél is súlyosabbak, ha a chr. hypertóniára acut, toxamiás eredetű hypertonia szuperponálódik.

A szerzők 20, chronikus hypertóniában szenvedő multipara vér-volumenének változásait vizsgálták a terhesség 24—40. gestációs heteiben. A hypertóniások vér-volumene csökkent, magzataik születési súlya szignifikánsan alacsonyabb volt a szövődésmenyes terhességből született magzatokénál ($p < 0,01$). Hasonló fokú szignifikancia volt jellemző a terhességi koruknak megfelelő súlyú magzatot világra hozó szülő nők és az intrauterin retardált magzatot vagy halott magzatot szülők vér-volumenének különbségére is. A chr. hypertonia stádiumai vagy mértéke alapján a magzati retardatio valószínűsége nem volt kiszámítható, megjósolható, de az elhalt vagy retardált magzatokat szülő hypertóniások vér-volumene legkevesebb 60 ml/kg-mal kisebb volt.

Az intravascularis volumen expansiójának (mely normális terhességre jellemző) csökkenése vagy hiánya következtében az endogen kreatinin clearance a nem terhes értékhez válik hasonlóvá. Ez jellemző az intrauterin magzati retardatióra. Az elhalt magzatot szülők kreatinin clearance-e a nem terhes értéknél is alacsonyabb volt.

E tapasztalataik alapján a szerzők úgy vélik, hogy az anyai vér-volumen és az endogen kreatinin clearance vizsgálata hypertóniás terheseken hasznos eljárás a kedvezőtlen magzati prognózis előrejelzésére.

Berkő Péter dr.

Magzatvíz lecithin/sphingomyelin-arány komplikált terhességekben. Dyson, D., Blake, M., Cassady, G. (Department of Pediatrics, University of Alabama, University Station, Birmingham, Alabama 36294): American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1975, 122, 772.

A lecithin/sphingomyelin arány (L/S) megbízhatóan mutatja a magzati tüdő érettségi fokát, többen is beszámoltak azonban már arról, hogy bizonyos betegségek mint az anyai diabetes, vascularis betegségek, burokrepedés, növekedési retardatio, súlyosabb magzati haemolytikus megbetegedés, valamint egyes materno-foetalis gyógyszeres kezelési formák — befolyásolhatják az L/S arányt, azaz a magzati tüdő felszínaktív anyagainak produkcióját.

223 szövődésmenyes terhességben összesen 378 magzatvíz vizsgálatot végeztek. Anyagukban leggyakrabban volt a diabetes mellitus (71 eset), vascularis megbetegedés (50 eset) és a növekedési retardatio (47 eset).

Vascularis betegséggel szövődött

terhességben a 34—36. gestációs héten a normálistól magasabb L/S arányt találtak. A White-A, -B, -C csoportba sorolható diabeteses terhesek 40%-ának alacsonyabb volt az L/S aránya, pontosabban azoké, akiknek magzatai körében gyakoribb volt a perinatalis morbiditás és elhalás. A White-D csoportban viszont inkább a normális érték feletti L/S arányt kaptak. Alacsony volt az L/S arány növekedési retardáltság esetében a 37—39. és a 40—42. hetekben és súlyos haemolytikus magzati ártalmak alkalmával.

A magzat érettségének meghatározása éppen a különböző szövődésmenyes veszélyeztetette terhességekben fontos, ezért sürgetik a szerzők azokat a további vizsgálatokat, melyek során sikerülhet majd a fontosabb terhességi kör-képekben külön-külön is meghatározni a magzat érettségét pontosan tükröző L/S arányértékeket.

Berkő Péter dr.

Furosemid hatása a magzatvíz kreatininkoncentrációjára. Votta, R. A. és mtsai (University of Buenos Aires School of Medicine, IV. Chair of Obstetrics): American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1975, 123, 621.

A magzatvíz kreatininkoncentrációja a magzat érettségének egyik paramétere. Többen leírták már, hogy praeeclampsziában a kreatininkoncentráció csak némi fenn-tartással használható, hiszen ilyen esetekben a praeeclampsia rováására írható kreatininkoncentráció-emelkedéssel is számolhatunk. A szerzők azt vizsgálták, hogy a praeeclampsziában tapasztalható koncentrációemelkedés nincs-e összefüggésben a toxamiás oedema kezeléséhez alkalmazott diuretikus gyógyszerek, konkrétan a furosemid hatásával.

A 20 tanulmányozott terhes közül 16 praeeclampsziás volt, a gestációs idő 32—42 hét közötti. Minden esetben meghatározták — paraaminohippurat dilútiós technikával — a magzatvíz volumenét, a magzatvíz és az anyai serum kreatininkoncentrációját. Átlagosan 281,1 mg iv. furosemid adását követően, átlag 43,1 óra elteltével a vizsgálatokat megismételték.

Eredményeik: 1. Praeeclampsziában a serum kreatininkoncentrációja furosemid előtt és után meg-egyező volt, de mindkét esetben szignifikánsan magasabb, mint normál terhességben. 2. Bár praeeclampsziában a magzatvíz volumene nagyobb volt, mint normál terhességben, sem normál, sem kóros terhességben nem változott lényegesen a furosemid hatására. 3. A magzatvíz kreatininkoncentrációját normál és kóros terhességben közel azonosnak találták a furosemid előtt, a gyógyszer hatására azonban a praeeclampsziások

magzatvizének kreatininkoncentrációja szignifikánsan emelkedett.

Következtetések: a) A magzatviz kreatininkoncentrációjának vizsgálata normál és toxæmiás terhességben is használható eljárás a magzat korának megállapítására. b) Az a tény, hogy a serum kreatininkoncentrációja nem, a magzatvizé viszont változik (növekszik) furosemid után, azt valószínűsíti, hogy e szer hatással van a magzatra. c) Praeclampsziások magzatai érettségének vizsgálatakor az esetleg alkalmazott diuretikumok hatásának tulajdonítható koncentrációváltozásokat is figyelembe kell venni. *Berkő Péter dr.*

A plasma histaminase aktivitása normális és szövődményes koraterhességben. Beaven, M. A. és mtsai (Pulmonary Branch, National Heart and Lung Institute, Bethesda, Maryland 20014): American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1975, 123, 605.

A plasma histaminase (más néven diamin-oxidase) aktivitása terhességben jelentős mértékben fokozódik, csúcserőteke a hetedik terhességi hónapban mutatkozik, s ez a magas aktivitás a szülésig megmarad. Az enzimtöbblet anyai, decidualis eredetű, a lepényben és a magzat keringésében sokkal alacsonyabb histaminase aktivitást lehet kimutatni. Bizonytalan még az aktivitásfokozódás kezdete, a legtöbb szerző azonban ennek időpontját az utolsó menstruatio utáni 5–7. gestációs hétre teszi. Ettől kezdve az aktivitásfokozódás igen gyors ütemű, exponenciális.

A szerzők érzékeny izotópteknikával dolgoztak (béta-³H-histamin), nem terhesek plasmájában az enzimaktivitást 0,2–2,7 pmol deaminált histamin/ml plasma/óra értékűnek találták. Méréseik szerint az enzimaktivitás az ovulációt követő 9–28. napon kezd növekedni. A megkétszereződés időtartama 4–5 nap. Az 1500 pmol/ml/óra csúcserőteket ők is a III. trimesterben kapták. A korai aktivitásfokozódás csak azokon volt nehezebben felismerhető, akik nem terhes értéke relatíve magas volt. A szerzők szerint a decidualis eredetű enzim aktivitásfokozódásának gyors üteme megfelelhet a decidualis gyors növekedésének.

A terhességi HCG-termelés az implantatio utáni 1–2. napon kezdődik, az anyai plasmából az ovulatio utáni 10. naptól mutatható ki. A plasma HCG-koncentrációja a trophoblast fejlődésével párhuzamosan szintén exponenciálisan növekszik. Röviddel a HCG-produkció indulása után a decidualis kialakulásának kezdetével megindul a histaminase-termelés. A HCG-koncentráció megkétszereződési időtartama rövidebb (1–2 nap), az emelkedés üteme viszont korábban lassul, mint a histaminase esetében.

Először Ahlmark (1944) javasolta a histaminase-aktivitás mérésének mint alkalmas lepényi funkciók tesztnek a bevezetését a szülészeti gyakorlatba. Azóta többen is igazolták már, hogy a perzisztensen alacsony vagy eső histaminase-aktivitás magas magzati veszteség-rátával társul (ab. immi-nens, méhvérvázok stb.). A szerzők adatai is ezt igazolták, sőt azt tapasztalták, hogy ha az imminens panaszok, vérezgetések nem társulnak a histaminase-aktivitás csökkenésével, akkor a terhesség a későbbiekben nem szakadt meg.

Másokéval egybevetve megfigyeléseik mola-terhességben és négy choriocarcinomás betegükön. Ezen betegségeken a normális terhességre jellemző aktivitásfokozódás elmarad. Utóbbi körképekre viszont jellemző a HCG-produkció normálisnál sokkal gyorsabb ütemű növekedése.

Véleményük szerint a histaminase vizsgálat alkalmas eljárás a trophoblast betegségek korai felismerésére. *Berkő Péter dr.*

A magzati fej hyperextenziójában rejlő kockázat medencevégű fekvésben. Caterini, H. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynecology, Martland General Hospital, 65 Bergen St., Newark, New Jersey 07107): American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1975, 123, 632.

A medencevégű fekvéses szülések közel 50%-ában fordul elő a magzati fej hyperextenziója. Ez a szövődmény különösen gyakori multiparák, placenta praevia, uterus fejlődési rendellenességek, koraszülés, ikerszülés, magzati fejlődési rendellenességek, nyaki tumor, nyakra csavarodott köldökzsinór és leiomyoma esetében. Legtöbbször alig tulajdonítható ennek a tartási rendellenességnek jelentőséget, s alig figyeltek fel arra, hogy a hyperextensio a szülés után is rövidebb-hosszabb ideig fennmaradhat.

Szülés előtt, a szülés korai stádiumában csakis rgt-vizsgálattal diagnosztizálható, s ha ezt elmulasztjuk és nem döntünk a szülésvezetés kívánatos módjáról időben, akkor az erőszakos vaginalis szülésvezetés következtében gerincvelő-sérülés, csigolyatörés, agyhártyavérzések, sőt a magzati elhalás lehetőségével is számolni lehet. A szerzők 7 esetük tanulságai és az idevágó irodalom áttekintése után állást foglalnak e ritka, mégis következményei miatt jelentős szülészeti szövődménnyel kapcsolatos teendőik kérdésében. Hét esetük mindegyikében nyak körül volt a köldökzsinór, többségében korai volt a burokrepedés. Hat magzat esetében szülés után is persistált a hyperextensio, a tizedik napra azonban megszűnt e szövődmény, melynek valószínű

okaként a feszítő nyakizmok méhen belül kialakult hypertonusát is számba vették. A saját anyagukkal kiegészített eddig közölt összesen 108 eset morbiditási és mortalitási adatait analizálva megállapították: a hüvelyi úton született 73 magzat közül él 63, elhalt 10, meningealis vérzés 5 esetben, gerincvelő- vagy csigolyasérülés 15 esetben fordult elő. Ezzel szemben a 35 abdominalis szülés után mindegyik magzat él, meningealis vérzés nem fordult elő, gerincvelő- vagy csigolyasérülés is mindössze 2 esetben következett be.

Azt javasolják, hogy medencevégű fekvés esetén a szülés korai szakában rgt-vizsgálatot kell végezni, s ha a vizsgálat során a magzati fej hyperextenziója megállapítható, akkor a szülésvezetés módjául a császármetszést kell választani. *Berkő Péter dr.*

Mikrobiológia és fertőző betegségek

Az E. coli antibiotikum-reszisztenciája és túlélése az emésztőtraktusban. Hartley, C. L., Richmond, M. H. (Dept. of Bacteriology, University of Bristol, Bristol): Brit. Med. J. 1975, 4, 71.

A kutatók sokat foglalkoztak már azzal a veszéllyel, amit a béltraktusban levő rezisztens coliform baktériumok jelentenek, ill. azzal a szereppel, amit az antibiotikumok játszanak a rezisztens organizmusok rezervoárjának fenntartásában. Kétségtelen, hogy különböző antibiotikumokkal (főleg ampicillinnel és tetracyclinnel) való kezelés hatékonyan kiválasztja a domináns rezisztens coliform flórát. Azt is megfigyelték, hogy antibiotikumot nem szedő egyének bélflórája is tartalmaz rendszerint kevés rezisztens organizmust, sőt ilyet lehet találni esetleg olyanokban is, akik sohasem kaptak még antibiotikumot. Ez utóbbi jelenség feltehetően a nagy populációban folytatott antibiotikus kezelés hosszú távú és indirekt következménye, bár van olyan nézet is, miszerint ez a környezetben meglevő alacsony szintű antibiotikus hatás folyamatos „selectió nyomását” tükrözi. Ezt az elképzelést arra alapozzák, hogy ilyen selectió nyomásnak kell fennállnia az R-pozitív baktériumokban, amelyek bizonyos kísérletekben kevésbé képesek túlélni a humán bélben, mint megfelelő R-negatív variánsaik. (Az ún. R-pozitív törzsek azok, amelyek antibiotikum-reszisztenciával bírnak, az R-negatív variánsok viszont antibiotikum-érzékenyek.)

Az a jelenség, hogy az R-factort hordozó baktériumok a bélben kevésbé jól persistálnak, mint ugyanazon törzs R-negatív variánsai, valószínűleg azon események következménye, melyek adott egyénben az antibiotikus kezelés után zajla-

nak le. Megfigyelték ugyanis, hogy pl. 10 nappal az antibiotikus terápiá befejezése után a coliform-flóra rendszerint visszatér a dominánsan *sensitiv* állapotba, ugyanakkor a resistens törzsek eltűnnek. De ez nem feltétlenül általános: előfordulhat, hogy pl. a terápia után hónapokig persistál olyan törzs, amely az adott antibiotikummal szembeni resistenciát hordozó plasmidot tartalmazza. Máskor olyan betegben is hónapokig persistál chloramphenicol-resistens *E. coli* törzs, aki még sohasem kapott cholrampenicolt.

Nem tisztázott, hogy az antibiotikus terápiában soha nem részesült egyének bélflórájában miért észlelhetők resistens törzsek, továbbá milyen tényezők fontosak az R-pozitív törzsek túlélésében akkor, amikor azok az antibiotikum-dús környezetből antibiotikummentes közegbe kerülnek, pl. a terápia befejezése után. A szerzők ezen kérdések tanulmányozására antibiotikus terápiában még nem részesített egyének *E. coli* törzsének resistens és *sensitiv* típusainak a béltractusban való túlélését vizsgálták.

Az eredmények arra utalnak, hogy az individuális resistens törzsek fennállása inkább magának az *E. coli* törzsnek a természetétől függ és nem annyira a hordozott plasmidtól. Az R-plasmidok viszonylag ritkák az olyan *E. coli* törzsekben, amelyek jól colonizálódnak a béltractusban. A resistens baktériumok tendenciát mutatnak arra, hogy eltűnjenek a bélflórából az antibiotikus terápia befejezése után. Ez a helyzet azonban drámaian megváltozhat, ha az R-pozitív törzsek dominálnak a béltractust benépesítő *E. coli* flórában.

Mivel sok R-pozitív coliform átadhatja a resistenciát hordozó plasmidokat más speciemek *sensitiv* (mindaddig R-negatív) baktériumainak, az antibiotikus terápia indirekt úton, bizonyos idővel később más egyedek bélflóráiban is nemvárt resistencia megjelenését eredményezheti. Másrészt bakteriális keresztfertőzés is okozhatja egy csoport resistens organizmus túlsúlyra jutását antibiotikus kezelés után. Látogatók, turisták behozhatnak R-factort hordozó baktériumokat olyan területekről, ahol széles körű az antibiotikumok használata.

Úgy látszik tehát, hogy az antibiotikus terápia hosszú távú hatása a populáció *E. coli* bélflórájára inkább lappangva, mint drámaian jelentkezik. A potenciális veszély mégsem hanyagolható el: az antibiotikus terápiával nem szabad visszaélni, hanem mindig gondos megfontolással alkalmazni szükség esetén.

Pár Alajos dr.

A Trichomonas vaginalis ultrastruktúrája és néhány biológiai tulajdonsága. (Elektronmikroszkópos

vizsgálat) Ovcsinnikov, N. M. és mtsai. (Moszkva, az Eü. Min. Központi Tudományos Bőrgyógyászati és Venerológiai Kutató Intézete): Akusersztvo i ginekologia, 1975, No. 5, 45–48.

A szerzők a *Trichomonas vaginalis* (Tr. v.) alaki tulajdonságait, struktúráját és a megtámadott szervezet sejtjeivel való kölcsönhatását tanulmányozták „TESZLA”-513 és 613 VSZ elektronmikroszkópokkal. A vizsgálati anyagokat betegek urethralis, vaginalis vagy cervicalis excretumából vették. A tenyésztetekben és a beteg szervezetében a Tr. v. három formában található meg: körte alakú, amoeboid és bimbózó.

Körte alakú Tr. v.: négy szabad csillója van, az ötödik pedig az unduláló-hártya alapján helyezkedik el. Antero-posterior irányban a sejten végighúzódik az axostyl, amely tövisben végződik. A cytoplasmát háromrétegű periplast határolja, amely folytatódik az ostorokon és az unduláló hártyán, valamint a számtalan hólyagocskák és emésztő vacuola falán. A sejtmag chromatindús, ovális alakú és pórusokkal teli maghártya borítja. A csillók, melyek képzésében két magányos körül elhelyezkedő 9–9 mikrocsoecske vesz részt, sejten belüli és kívüli részre oszthatók. Valamennyi csilló blepharoplasthoz fixált. Az unduláló membrán a helyzetváltoztatáson kívül a tápanyagszemcsék elérésében is részt vesz. A blepharoplastok övezetétől kezdődő parabazális részben poliribosomák és secretum granulák sokasága, a Tr. v. első részében pedig a rendkívül fejlett Golgi-apparátus látható. A szemcsés endoplasmátikus reticulum membránjain elhelyezkedő rengeteg ribosoma a Tr. v. fokozott bioszintetikus aktivitásáról tanúskodik.

A Tr. v. amoeboid állapota nagyságban, formában és struktúrában különbözik az előzőtől. Nagysága 4–30 μ között változik. A sejtfelszín reliefje nagyon gyakran megfelel az epithéliumsejt reliefjének, amelyen elősködik a Tr. v. Az epithélium-sejt felé eső oldalon pseudopodiumok és invaginatumok alakulnak ki. Ezen morfológiai tulajdonságok a Tr. v. kifejezett parasitizmusát bizonyítják. A hólyagocskák és emésztő vacuolák száma az amoeboid formákban ugrásszerűen megnövekszik. A gyulladásos folyamat milyenségétől függően, detritust és epithéliumsejtek töredékeit képesek bekebelezni. Egyes esetekben az elpusztult Tr. v.-ok detritusának phagocytosisa látható. A microorganismusokat illetően, típusos endocytobiosis és a microorganismus lysiséhez vezető phagocytosis figyelhető meg. A phagocytosis típusos phagosomák kialakulásával megy végbe. A Tr. v. phagosomáiban Gram-negatív és Gram-pozitív coccusok, diplococcusok, bacillusok ismerhetők fel. A phagocytált microorganismusok nagyon ritkán es-

tek áldozatul lysisnek, gyakrabban változatlanul microbasejtként láthatók. A diplococcusok phagocytosisa kevert gonococcus-trichomonasos fertőzés esetén feltehetően inkomplett.

A Tr. v. bimbózó formája gömb alakú, mag és ostor nélküli test, nagysága 1,5–4 μ között változik. Az amoeboid vagy körte alakú Tr. v. bimbózása és lefűződése révén képződik. Néha az epithélium sejtek között láthatók. Kicsiny ovoid alakú, az anyasejttel összeköttetésben levő sarjadzó formák szinte mindig felfedezhetők. A körte alakú és amoeboid Tr. v.-ra jellemző phagocytáló képességgel nem rendelkeznek és maguk sem esnek phagocytosis áldozatául, ami bizonyítja, hogy ezek nem degeneratív formák. A cytoplasma lefűződésének jelensége és a magtól mentes bimbózó forma lényege kiderítetlen. Néha egy betegről vett anyagban felismerhető a Tr. v. mindenhárom formája. A Trichopol-kúra (Klion) során a Tr. v. degeneratív elváltozásai figyelhetők meg. Az elvégzett vizsgálatok alapján az urogenitalis trichomoniasis kevert bakteriális-trichomonasos megbetegedés esetén a fertőzés konzerválásának rezervoárjaként tekinthető.

Orosz András dr.

Mycoplasma pneumoniae okozta házi járvány egy fogtechnikus-laboratóriumban. Sande, M. A. és mtsai. (Department of Medicine, University of Virginia School of Medicine, Charlottesville, Va. 22901): American Review of Respiratory Disease, 1975, 112, 213–217.

A mycoplasma pneumoniae epidemiológiáját eddig katonai táborokban, iskolákban és családokon belül tanulmányozták. A fertőzés lassan terjedt személyről személyre, a betegség lappangási ideje 2–3 hét volt. A fertőzött katonák 10%-ában, a családtagoknak pedig 50%-ában tüdőgyulladás keletkezett. A szerzők egy különleges házi járványról számolnak be.

Egy 22 éves fogtechnikus fejfájással, hidegrázással, lázzal, száraz köhögéssel, a bal tüdő alsó lebenyében tüdőgyulladással került kórházba. 4 nap múlva 2 technikus és 2 fogász betegedett meg hasonló tünetekkel és beszűrődéssel. Ezek is ugyanabban a laboratóriumban, közös munkapadon dolgoztak, nagy fordulatszámú, műfogsort csiszoló koronggal. Újabb 2 nap múlva további 2 laboráns, valamint egy hálótársuk lett beteg, majd 2 nap múlva egy katona került szintén tüdőgyulladással a kórházba, aki ugyan nem dolgozott ebben a laboratóriumban, hanem 11 nappal betegsége keletkezése előtt műfogsort küldte be oda javítás céljából. A járvány észlelése után a laboratórium többi dolgozóin és családtagjain szűrővizsgálatot végeztek. Közülük 11 náthás

volt, köhögött, tüdőgyulladásuk nem volt. Köpetükből vírus, béta-haemolitikus streptococcusok, pneumococcusok nem növősztek ki, mycoplasma pneumoniae serológiai titerük azonban magasabb volt. A 9 tüdőgyulladásos beteg complementfixációs és növekedést gátló antitest titerre viszont a normálisnak a négyszeresére emelkedett. A betegek tetracyclin, ill. erythromycin kezelésre meggyógyultak.

Ez a házi járvány abban különbözött az előzőektől, hogy a fertőzöttek átlagosan idősebbek voltak, a betegség lappangási ideje rövidebb, egy hét volt, és a közös munkahelyen dolgozók 90%-ának tüdőgyulladása lett. Valószínűnek tartják, hogy a fertőzőforrás a katonai javításra beküldött műfogóra volt. Ez a műfogó nagy virulens mycoplasma pneumoniae törzssel volt fertőzött és a kórokozó a csiszolás folyamán a finom részecskékként igen nagy mennyiségben juthattak be a laboratóriumban dolgozók alveolusaiba. (Ref.: A közlemény bennünket is figyelmeztet arra, hogy a fogászati laboratóriumainkba küldött anyagok korszerű fertőtlenítésére nagy gondot fordítsunk.)

Pongor Ferenc dr.

Psittacosis és DIC. D. V. Hamilton: British Medical Journal, 1975, 2, 370.

Psittacosis általában lázzal kísért, felső légúti hurut képében jelentkezik, esetenként atypusos pneumóniával. Légúti bántalmak mellett májműködési zavarok, sárgaság, ennek következtében fibrinogén és egyéb alvadási factorok hiánya is kialakulhat a thrombocytopeniával. A szerző e közleményében egy 36 éves férfi esetében ír le psittacosis, mely DIC szindrómával szövődött. Felhívja rá a figyelmet, hogy vírus-betegségekből a DIC sokszor észrevétlen marad.

(Ref.: Újabb a psittacosis a chlamydiák okozta betegségekhez sorolják, melyeket elkülönítenek a vírusoktól.) Bugovits Elemér dr.

Vibrio parahaemolyticus előfordulásai a Balti-tenger déli részén, más európai adatokkal összehasonlítva. Zaleski, S., Daczkova, E., Fik, A. (Inst. Marine Food Technol. Stettin): Zbl. Bakt. I, Orig. B. 1975, 161, 288—295.

Amióta a Vibrio parahaemolyticus enterális pathogenitását leírták, számos országban mutatták ki e mikroba jelenlétét, főleg tengeri eredetű termékekben, így felfedezték Hollandiában, az NSZK-ban, Itáliában, Spanyolországban, Csehszlovákiában, stb. A szerzők a Balti-tenger lengyel partjai előtt, valamint a nyílt tenger déli részén kísérelték meg a V. parahaemolyticus kimutatását. 541, hét fajhoz tartozó (főleg Harengus, Pleuronectes, Rutilus, Sprattus) halat vizsgáltak meg, részben közvetlenül leoltottak NaCl-kukoricakeményítő tartalmú agarra, részben elvégezték a dúsítást a Kampelmacher és Mossel által ismertített konyhasó-Colistin tartalmú bouillonnal. E két módszerrel összesen 920 baktériumtörzset izoláltak. A törzsek azonosítását Tokióban végezték, s a gyanús törzsek közül egy sem bizonyult V. parahaemolyticusnak.

A szerzők negatív eredményeket azzal magyarázzák, hogy a Balti-tenger hideg és kevés sót tartalmazó vize a V. parahaemolyticus számára nem kedvező közeg, a különböző európai szerzők által vizsgált halak, ill. tengervízminták részben a Földközi-tengerből, részben a Golf-áram vizéből származtak.

(Ref.: Érdekes lenne hazai viszonylatban megnézni, tartalmaz-e az édesvízi, ill. importált tengeri halak vibriókat, így esetleg néhány ismeretlen kóroktanú ételmérgezés aetiológiája ismert lehetne.)

Salmonella-fertőzések Stockholmban. Áttekintés 10 év anyagáról. Scand. J. Infect. Dis. 1975, 7, 117—122.

1963 és 1972 között Stockholmban az Egészségügyi Statisztikai Részleg 3012 Salmonella-fertőzést jegyzett fel. Az évenkénti inciden-

cia 23 és 72/100 000 között változott; 1966-ban a legtöbb, 1972-ben a legkevesebb. A legtöbb megbetegedés a 15—25 és 45—64 éves korcsoportokra esett. 101 különféle serotípust tenyésztettek ki, ezek közül a leggyakoribb a Salmonella typhi murium volt (37%). Az esetek 63%-a külföldről került be, ottani munkavállalás által, 19%-uk ételmiszer eredetű volt. 1963—1968 között a megbetegedettek 85%-át kezelték kórházban, 1969-ben a szabályokat, amelyek még 1919-ből származtak, enyhítették, 1969-től kezdve csak a betegek 53%-át utalták kórházba. Bár a betegek kórházi kezelési arányát csökkentették, ennek ellenére a másodlagos (konktakt) fertőzések száma nem növekedett.

(Ref.: Mindez érthető, a legtöbb Salmonella nem emberpathogen, s a közvetlen terjedés viszonylag ritka.)

Nikodemusz István dr.

Terhességi listeriosis és Listeria-hordozók laboratóriumi dolgozók között. Zbl. Bakt. I. Orig. A. 1975, 231, 490—502.

A Greifswaldi Közegészségügyi Intézetben 14 hónap leforgása alatt 12 laboratóriumi dolgozó nő közül 11 esetben találtak Listeria-ürítést. Az ürítés intermittáló volt, s gyakran az ürített Listeria-típus is megváltozott. Ez arra mutat, hogy fertőzés új törzsekkel jött létre, védetség nem alakult ki. Kizárólagos reakció alapján kísérleti patkányok voltak a fertőzés terjesztői, bár sem a patkány-cadaverek, sem az élő patkányok váladékaiból Listeriát kimutatni soha sem sikerült. Az említett időszakban összesen 37 Listeria-törzset izoláltak. Ezek közül 13 az 1/2a. serotípushoz, 20 és 4a és még 4b serotípushoz tartozott. A 4a csoport-hoz tartozó törzsek jóval rezisztensebbek voltak antibiotikumokkal szemben, mint a többi törzsek. Valamennyi 1/a törzs és egyetlen 4a törzs haemolysint termelt és kifejezett fehérégér-pathogenitással rendelkezett.

Nikodemusz István dr.

„Csakis az a tudás ér valamit, amelyet magunk szerzünk magunknak, velünk született érdeklődésből és szenvedélyes tudásvágyból.”

Paul Leautaud

SOMBREVIN

injekció

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (10 ml) 0,5 g propanididumot és 2 g polyoxaethenum ricinoleinicumot tartalmaz vizes oldatban.

HATÁS: Barbituratmentes, intravénásan alkalmazható, rövid hatástartamú narcoticum.

JAVALLATOK: Rövid ideig tartó fájdalmas eszközös, diagnosztikus vagy therapiás beavatkozások, ambulans sebészeti műtétek során alkalmazható, 4–15 perces időtartamra biztosít kielégítő mélységű narcosist. Hosszabb időt, tartósabb narcosist igénylő műtétek esetén a Sombrevin a narcosis bevezetésére, más narcoticumok potenciálására alkalmas.

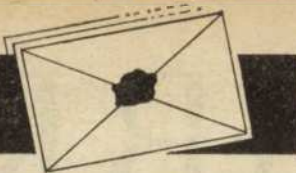
FIGYELMEZTETÉS: 4 éven aluli életkorban a Sombrevin injekció alkalmazása különös körültekintést igényel.

Szakrendelések a biztosítottak ellátására, nem a társadalombiztosítás terhére, hanem a pro ambulancia szerekre meghatározott módon szerezhetik be.

FORGALOMBA KERÜL: 5 × 10 ml ampulla 132,— Ft
50 × 10 ml ampulla 1300,— Ft



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.



Az orvosi gyakorlat néhány etikai vonatkozásairól.

T. Szerkesztőség! Jellinek professzor az Orvosi Hetilap 1975. évi 29. számában „Néhány gondolat az orvosi etikáról” c. levelében felvetett egy nagyon is mostohán kezelt, talán szemérmesen elhallgatott, de a betegellátást igen kedvezőtlenül befolyásoló problémát.

Az orvosok egymásközi viszonyának egyik „Achilles-sarka” az általános orvos—szakorvos ellentét. Ez nagyrészt abból adódik, hogy a különböző szakágak képviselői a területen működő kollégákat valamiféle alacsonyabbrendű orvosnak tartják, megfélemlítve arról, hogy a körzeti orvosok tekintélyes száma sokéves kórházi múlttal rendelkező belgyógyász szakorvos, vagy általános szakképesítéssel rendelkezik. Még nem mehetett át a köztudatba — hiszen a medicina universalis eléggé fiatal, nemrég elismert külön disciplina —, hogy a háziorvoslás is szakorvosság, méghozzá talán az egyik legnehezebb orvosi funkció. Melyik más szakorvos lát el bizonyos szintig önállóan, nap mint nap, a tipikus belgyógyászati esetek mellett számtalan a „kis pszichiátria” körébe, a gégészetbe, a nő- és gyermekgyógyászatba, dermatológiába, urológiába tartozó problémákat? Tudjuk persze, hogy e tekintetben is vannak kivételek, akadnak orvosok, akik a kényelmesebb gyakorlatot választva, szívesebben veszik igénybe más szakok konsiliáriusait, a legegyszerűbb esetekben is. Az általános orvossal szembeni elvárás azonban az előbbi gyakorlatnak megfelelő és a tendenciának is ez irányba kell hatnia.

Érdekes módon a feszültség sokszor a nagyobb önállóságot, felelősséget vállaló, általában jobban képzett és magukat szüntelenül továbbképző általános gyakorlatot folytató orvosok és szakrendelői kollégák közt lép fel időről időre. Számtalanszor érezhető szakmai féltékenység egyes szakorvosok részéről, ha szakterületükbe való „belekantárkodásról” értesülnek. A táppénzállományba vétel igénye esetén viszont szívesen utasítják a körzeti kántárhoz a beteget.

A szakrendelések kritikátlan és túlzott igénybevétele a terület részéről csakúgy, mint egyes szakorvosok általi fokozott „szívóha-

tás” végső soron a betegellátás színvonalának süllyedését eredményezheti a rendelőintézet zsúfoltsága miatt.

Feszültségek forrása esetenként az előbbieket fordítottja, amikor egyes szakok képviselői igyekeznek elhárítani a körzeti kollégák vizsgálati igényét. Ez leggyakrabban a rtg-nel kapcsolatos, mikor pl. gégesz közbejöttét kívánják az orr-melléküregek felvételének elkészítéséhez, más esetben reumatológusi vizsgálatról kívánják függővé tenni a cephalalgias vagy plex. brach. syndromás betegen végzendő cervicalis gerincfelvétel elvégzését. Vannak laboratóriumok, ahol jódiszotop vizsgálatot csak a „bűvös” felülvizsgáló főorvos bínyegzős beutaló ellenében hajlandók elvégezni. Ezek a formalitások mindenképpen szükségtelen, de egyben hatástalan fékezői az említett rendelésekre áramlásnak, mert aligha képzelhető el főorvos, aki megtagadná a beutaló pecséttel való ellátását. A rtg vagy a jódlabor esetleges túlzott terhelésének elkerülésére nem ez a megfelelő módszer. Sokkal célravezetőbb, ha a kartársak az ilyen jellegű problémákat személyesen megbeszélnek.

A körzeti orvos és az ún. szervező orvos közötti ellentét legélesebben a gyógyszerrendelés problémájában jelentkezik. A jelenleg érvényben levő (remélhetőleg a közeljövőben módosításra kerülő) vényírási rendelkezések ugyanis a körzeti orvos iránti teljes szakmai bizalmatlanság jegyében fogantak és — ha azokat valaki maradéktalanul betartaná — az Egészségügyi Törvényben megfogalmazott azon követelménnyel kerülne összeütöközésbe (saját orvosi lelkiismeretéről nem is szólva), mely szerint a gyógyításban a tudomány aktuális állása biztosította legkorszerűbb eszközöket és gyógymódokat kell alkalmazni. Hogyan képzelhető el pl. a degeneratív érbetegségek korszerű gyógyítása hyperlipaemia esetén Mischleron nélkül? A vademecum szerint pedig e szert csak kórházi kivizsgálás és beállítás (!) alapján lehet rendelni. Hová jutnának belosztályaink, ha ily célból, vagy akár minden egyes antidiabeticum beállításához intézetbe utalnánk betegeinket? Ezek csak kiragadott példák a hasonlóké tömegéből.

Akadnak persze súrlódások a szakorvosok, a kórházi kollégák között is. Általánosságok helyett álljon itt egy konkrét példa az interkollegiális dissonancia, féltékenység demonstrálására, melynek szenvedő alanya, végső soron a beteg. Több ízben pszichiatriai osztályon kezelt nőbeteget, a területi ideggyógyóval szembeni phobiája miatt, ambulanter is megszokott osztályos orvosa gondozza. Ismételt kórházi felvételnél — az időközben férfi-osztályra került kezelő orvos — a beteg határozott kérésére, főorvosi engedéllyel, tovább kezeli nőbeteget. A női osztály rész orvosa ezt nehezményezve, interkollegiális feszültséget teremtve, olyan helyzetet okoz, hogy a vezetés az „illetéktelen” kolléga számára a beteg további kezelését nem engedélyezi. E helyütt nem kívánom bíráltni a vezetés döntésének helyességét, mindenesetre e konfliktusszituáció a már-már javuló, szorongásra hajlamos idegbeteg állapotát oly mértékben visszavetette, hogy célszerűbbnek látszott a hospitalisatio megszakítása.

Bár az orvosok közti viszonyt, szerencsére, általában nem az ilyen etikátlan magatartás jellemzi, mégis látniuk kell az egészségügy szervezőinek, hogy a „területi elv” merev alkalmazása körzetben, kórházban, kórházi osztályon, esetenként felvetheti az orvos—beteg bizalmi kapcsolatának oly lényeges problematikáját, amit elsősorban a beteg szemszögéből kell vizsgálni (még akkor is, sőt éppen azért, mivel részéről a szubjektív momentumok dominálnak).

Ide kívánczik végezetül egy gondolat a körzeti orvos—magánorvos viszonyához, megintcsak a beteg pszichéjének megértése alapján. Sohasem szabad rossz néven venni a páciensről, ha privát rendelőt is felkeres és hozzánk hozza átiratni a magánvényt. Ellenkezőleg, biztosítani kell arról, hogy emberileg megértjük aggodalmaskodását. A receptet pedig — ha csak nem ítélik meg károsnak a beteg számára — írjuk át! Az ilyen hozzáállás feltétlenül szimpatikus és bizalomkeltő és elősegíti, hogy a továbbiakban képesek leszünk betegünk irányítását kézben tartani.

E néhány gondolattal kívántam hozzájárulni az orvosok egymás közti viszonyában meg-megnyilvánuló súrlódások eliminálásához, hogy Jellinek professzor által említett „hippokratesi eskü szellemében fogant szemlélet” érvényesüljön.

Körmendi István dr.



KÖNYVISMERTETÉS

Eds: N. Lundberg, U. Pontén, M. Brock: Intracranial Pressure. II. Springer Verlag, Berlin—Heidelberg—New York, 1975. 527 oldal, 184 ábra, 42 táblázat. Ára: 72 DM.

A koponyaűri nyomás problémáival foglalkozó kutatók, klinikusok kétvétenként tartják nemzetközi konferenciájukat. Ez a kötet az 1974-ben Lundban tartott konferencia válogatott előadásait tartalmazza.

A liquor-dinamika vonatkozásában a kutatások három irányban folynak: 1. a liquor-termelődést szabályozó faktorok, 2. a liquor viszonya az agyszövethez, 3. a liquor felszívódásában szerepet játszó folyamatok.

Diamond és Bossert korábbi kutatásai alapján egy elektromosan közömbös transzportmechanizmust tételeznek fel a choroid sejtek felületén között, amely a Na/K ATP-aze rendszerrel kapcsolatos és amely a vízmozgást irányítja a vérből a liquorba. Pollay vizsgálatai szerint a plexus choroideus secretiós működése mellett a vízmozgás a lamina epithelialisra keresztül aktív Na-transzport következménye. A liquor-termelődés csökkenthető vagy felfüggeszthető olyan szerekekkel, amelyek a Na/K ATP-aze enzim működését gátolják (Diamox, Ouabain). Jelenleg azt kutatják, hogy a sejt melyik részén játszódnak le ezek a folyamatok.

Feltételezik, hogy a liquor termelődhet extrachoroidális úton is. A liquor bizonyos mennyiségét az agyállomány is termelheti, mert a szövetközi folyadék lassú áramlása mutatható ki a perivascularis rések mentén az agyból a liquorba (Cserr és Tang).

A liquor-felszívódás viszonyait különböző molekulanagyságú anyagokkal vizsgálva (Davson) kiderült, hogy a liquorból a vérbe történő passage olyan vízben oldódó anyagok számára lehetséges, amelyeknek molekulatömege a serumglobulinokéhoz hasonló. Az átjárható pórusok nagysága tehát 100 Å körül van.

Filmfelvétellel demonstrálták (Knüpling és mtsai), hogy a cisztérna magnába adott és metylenkékkel festett mű-liquor kb. 1 perc múlva a sinus sagittalisban hirtelen nagy mennyiségben megjelenik, ha a koponyaűri nyomást 20–30 Hgmm-re növelték. Feltételezhető, hogy ilyen mértékű koponyaűri nyomás esetén „nyílt” összeköttetés jön létre a subarachnoidális tér és a venás sinus között.

Az elméleti kutatások eredményei alapján Ekstedt a klinikum-

ban alkalmazható komplex vizsgálmódszert dolgozott ki, amely a liquor hydrodinamikájának több összetevőjére ad felvilágosítást. Az „állandó nyomású infúziós technikával” a liquor termelődésének mértéke is pontosan meghatározható.

Kanadai szerzők (Marmarou és mtsai), valamint saját kísérleteinkről szóló előadások igazolták, hogy a spinalis subarachnoidalis-duralis térnek jelentős szerepe van a fokozott koponyaűri nyomás kompenzálásában.

A koponyán belüli kóros volumennövekedés és a nyomás összefüggéseinek kísérletes és klinikai vizsgálatával (Löfgren, Miller és mtsai, Furuse és mtsai, Cohadon és mtsai) a kompenzáló mechanizmusok működésére, vagy azok kimerülésére tudnak választ adni.

A hydrocephalus kutatásában az ún. normális nyomású hydrocephalus volt a téma. A normális nyomású hydrocephalus klinikai tünetegyüttese: progresszív demencia, ataxiás járászavar, vizelet incontinencia. A röntgenvizsgálatokkal kimutatott tág agyi kamrarendszer (közlekedő hydrocephalus) nyomásviszonyainak conventionalis mérésekor magasabb nyomást nem észlelnek. A kongresszus előadásai két kérdést tárgyaltak. 1. A tartós, rendszerint egész éjszakán keresztül vagy néhány napig tartó nyomásmérések a betegek egy részében rövid ideig tartó nagy nyomásfokozódásokat mutatnak. Az alvás alatti nyomásfokozódások gyakran időben megegyeznek az alvás ún. REM fázisával (rapid eye movement, az alvás paradox fázisa (Maira és mtsai). Sato és mtsai a pulszussal synchron hullámok megnövekedését észlelte, Granholm és Löfgren pedig a fokozott koponyaűri nyomást normálisan kompenzáló mechanizmusokban talált zavarokat. 2. Az agyi vérátáramlási vizsgálatok (Mathew és mtsai, Ingvar és Schwartz) az alacsony nyomású hydrocephalusban a regionalis vérátáramlás csökkenését mutatták, különösen az arteria cerebri anterior által ellátott agyterületekben.

A klinikai tapasztalatok szerint a koponyaűri nyomásfokozódás hatása az agyi funkcióra több olyan tényezőtől is függ, amelyet nem ismerünk eléggé. Vannak azonban olyan szempontok, amelyeket feltétlenül tekintetbe kell venni: 1. az agy állapota a nyomásfokozódás előtt (pl. morfológiailag ép agyállomány acut hydrocephalusnál, vagy károsodott agy trauma után), 2. a nyomásfokozódás eloszlása az agyállományon belül

(pl. agyi dislocatio, beékelődés), 3. a nyomásfokozódás kialakulásának időtartama és fennállásának ideje, 4. az intracranialis nyomásfokozódás oka.

Ismeretes, hogy nagyfokú koponyaűri nyomásnövekedés esetén az agy ischaemiás károsodása következhet be. A szövettanilag kimutatható sejt-károsodások azonban nem állnak arányban az agy functionalis károsodásának mértékével. Az energiaforgalom vonalán is ellentmondó adataink vannak: hosszabb, pl. egy óráig tartó ischaemiás állapot után a vérkeringés megindításával az agy energiataralékai feltöltődnek, a sejtek mitochondriális funkciója helyreáll, de az agy funkciója mégsem tér vissza. A probléma másik vonatkozása, hogy viszonylag enyhe koponyaűri nyomásfokozódás esetén, amely vérkeringési zavarhoz nem vezet, észlelték az agyban a lactat-termelés fokozódását és a lactat-piruvat hányados növekedését. Ezek alapján a koponyaűri nyomásfokozódás klinikai következményeit nem lehet csak az ischaemia oldaláról vizsgálni.

Brierly és mtsai hystopathológiai vizsgálatai szerint az agyi vérkeringés 10 perces felfüggesztése után (magas intracranialis nyomással) ischaemiás sejt-károsodást csak kevés neuronban találtak, az idegsejtek többsége szövettanilag intact maradt. Marshall és mtsai hasonló kísérletekben azt találták, hogy az EEG aktivitás helyreállításának hiánya az energia metabolismus zavarával nem magyarázható, mert az energiát szintetizáló sejt-structurák (mitochondriumok) funkciójukat megőrizték. Az irreversibilis neurológiai tünetekért tehát elsősorban más sejt-structurákat vagy anyagcsere-folyamatokat lehet felelőssé tenni.

Zimmermann és Hossmann vizsgálataiból az látszik, hogy egy óráig fenntartott agyi ischaemiás állapot után a keringés helyreállításakor az intracranialis nyomás jelentősen fokozódik és ez különösen azokban az esetekben igen kifejezett, amelyekben az agyi elektromos funkciók (EEG, kiváltott potenciál) helyreállása következett be. Ebből az a következtetés vonható le, hogy az agyi funkciók helyreállításában az ischaemia után kialakuló koponyaűri nyomásfokozódás nem játszik káros szerepet.

Ljunggren és Brown a monoamin metabolismust vizsgálták és azt az eredményt kapták, hogy az agy ischaemiás állapota után a functionalis károsodásért inkább a transmissziós zavarok, mint az energiazavarok felelősek.

Raichle és mtsai (Ter-Pogossian) fontos klinikai kérdésben hoztak új eredményt: pseudotumor cerebri eseteiben az agyi vérkeringést, az agyi térfogatot és az oxigénfogyasztást vizsgálták 3 betegen. Vizsgálataik megerősítik azt a fel-

tevéseket, hogy a pseudotumor cerebralis pathophysiologiájában az agyi térfogat fokozódása játszik szerepet.

Symon és Dorsch részben saját kísérletes vizsgálataik alapján megerősítették azt a lehetőséget, hogy koponyaűri nyomásfokozódás alkalmával az agy különböző területeiben, az intracranialis tér egyes zártabb részeiben egymástól eltérő nyomás urakodhat. Ez a jelenség különösen az agyi beékelődés állapotában szembetűnő. Az agyállományon belüli nyomás méréseinek módszereit (cotton wick catheter) tovább kell finomítani ahhoz, hogy az adatok elfogadhatók legyenek.

Több előadás foglalkozott az agyi véráramlás és az intracranialis nyomás közötti összefüggéssel, valamint az agyi autoreguláció kérdésével. Rowan és Johnston kísérleteiből olyan következtetés vonható le, hogy az agyi véráramlás autoregulációja elsősorban neurogen mechanizmus szabályozása alatt áll.

A koponyaűri nyomásfokozódás és a Cushing-válasz összefüggéseit több előadás tárgyalta, mert a jelenség mechanizmusát illetően még ma is sok a vitatott kérdés. McGillicuddy és mtsai hasonló kísérleti feltételek mellett a systémás vérnyomás változásait regisztrálta: 1. koponyaűri nyomásfokozódásban (subarachnoidális folyadékinfúzió), 2. az agy ischaemiás állapotában (korábban lekött art. vertebrálisok után mko. art. carotis lefogásával), 3. hypoxiás állapotban (100% nitrogén lélegeztetés) és 4. hypercapniás állapotban (10–20% CO₂ lélegeztetés). Mind a négy hatás ugyanolyan systémás vérnyomemelkedéssel járt.

Az intracranialis nyomás problémáinak további kutatását a klinikailag is biztosan és egyszerűen használható, hosszabb ideig alkalmazható nyomásmérő berendezések fogják biztosítani. Külön sectio foglalkozott az újabb nyomásmérők technikai vonatkozásaival, de jelentősebb előrehaladás nem tapasztalható.

A koponyaűri nyomás tartós méréseivel eddig végzett klinikai kutatások néhány klinikai problémára választ adtak (normális nyomású hydrocephalus, a koponyaűri nyomást kompenzáló mechanizmusok funkcionálásának vagy kimerülésének meghatározása, egyes anaestheticumok és gyógyszerek hatásának megállapítása, stb.). A tartós koponyaűri nyomásmérés azonban mind a prognózis, mind a diagnózis szempontjából ma még csak egyes betegségekben bír jelentőséggel és nem sorolható a rutinszerűen alkalmazott vizsgálatok közé.

Ez a kötet igen jó áttekintést nyújt elméleti kutatónak és klinikusnak egyaránt arról a munkáról, amely az orvostudomány ezen területén folyik nemzetközi vonatkozásban.

Pásztor Emil dr.

Herausgeber: F. W. Oeken und L. Kessler: Fehler und Gefahren bei Routineeingriffen im HNO Fachgebiet. VEB. Georg Thieme Leipzig 1975. 230 oldal, 44 ábra, 42 táblázat. Ára: 44,— DM.

A könyv az 1973-ban Magdeburgban tartott konferencia alapján készült. Az elhangzott előadások és az azt követő diskusszió alapján állították össze a könyvet, amely elsősorban a fül-orr-gégészeti végzett rutin műtétek hibáit és veszélyeit tárgyalja. Az NDK-intézetekben dolgozó referensek mellett magyar szerzők is találunk; Székely Tamást, aki a n. facialis problémáit referálta. A könyv két szerkesztője nagyon ügyesen állította össze a kéziratot, úgy hogy olvasás közben fel sem tűnik, hogy tulajdonképpen 31 szerző munkájáról van szó. Az első rövid fejezet a fül-orr-gégészeti műtétek jogi és biztosítási problémáit tárgyalja. A következő, szintén rövid fejezetben találjuk a fül-orr-gégészeti sebészeti beavatkozásokhoz feltétlenül szükséges általános klinikai kivizsgálás irányvonalait. A műtét előtti diagnosztika és dokumentáció kérdéseiről nagyon jó összefoglalót adnak a szerzők.

A harmadik, már részletesebb fejezetben a narcosis, anaesthesiologiával kapcsolatos problémákat és kérdéseket találjuk. A fül-orr-gégészeti területén a szövődmények egy része az érzéstelenítés következménye. A könyvben részletes ismertetést kapunk az egyes helyi érzéstelenítők következtében kialakult komplikációkról és a helyi érzéstelenítés technikájáról. Az általános érzéstelenítés fül-orr-gégészeti speciális szövődményeit szakanaesthesiológus tárgyalja. Nagyon részletesen foglalkozik ez a fejezet a tonsillectomia érzéstelenítésével gyermek- és csecsemőkorban. A szerzők a gyermekek mandulaműtétére egyértelműen és nagyon világosan a lógó fejjel végzett intubációs narcosisat ajánlják mint az egyetlen veszélytelen narcosis-módszert. Az összes többi eljárást veszélyesnek tartják.

A következő és egyben leghosszabb fejezet a fül-orr-gégészeti területén végzett beavatkozásokat ismerteti részletesen egyes szervekre lebontva. Az orr és melléküregek műteti gyógykezelése mellett nem marad ki az orrvérzés csillapításának problémája sem. A fül-orr-gégészeti határterületek közül részletesen foglalkoznak az orr- és melléküregek-beavatkozások következtében kialakult szemészeti, fogászati problémákkal.

A kezdő fül-orr-gége sebész nagyon jó tanácsokat kap a tapasztalt szakemberektől az egyes komplikációk és tévedések megelőzésére. Az endoscopiás beavatkozások gyakran járnak sérülésekkel és szövődményekkel. A könyvben részletes tanácsokat ka-

punk a szövődmények megelőzésére. A garat betegségeinek tárgyalásánál a tonsillectomia nagy helyet kapott. Itt nemcsak a hibákat és a veszélyeket, hanem az indikációt és a kontraindikációt is részletesen tárgyalják.

A kisebb és nagyobb fül-műtétek kivételéhez a helyes műtétvezetéshez, a diagnosztikához és az indikációkhoz is nagyon jó tanácsokat adnak a kevésbé gyakorlott operatőröknek. Nemcsak a gyulladós fülbetegségek műteti gyógyításával, hanem a hallásjavító műtétek eseteiben végzett tévedésekről és hibákról is összefoglalást kapunk. Foglalkoznak a fül-műtétek kapcsán viszonylag gyakori facialis sérülések elkerülésével, illetve gyógyításával. A nyaki nyirokcsomók, cysták műteti kezelése mellett a nyálmirigyeken végzendő beavatkozásokról is részletes útmutatásokat találunk.

A tumorsebészet és egyes speciális fül-orr-gégészeti sebészeti beavatkozások tárgyalása a könyvből kimaradt. Ennek oka az, hogy ilyen beavatkozásokat csak nagy intézetekben végeznek, ahol általában sok és nagy gyakorlatú szakember dolgozik. Az általuk tárgyalt műtétek egy részét kis intézetekben, sokszor egyedül végzi a fül-orr-gége sebész.

Az utolsó fejezet a sérülések elátásával foglalkozik. A koponya, a fej és az érzékszervek sérülései az utóbbi években mind gyakrabban az utóbbi években mind gyakoribbá válnak és a fül-orr-gége orvos mind gyakrabban találkozik saját területén sérülések ellátási problémáival. Ebben a fejezetben nagyon jó útmutatásokat találunk az egyes sérülési típusoknál választandó beavatkozásokra. A kezdő és kevésbé gyakorlott operatőrök mellett a könyv elolvasásakor a tapasztalt fül-orr-gégész is hasznos tanácsokat talál. A műtétet végző fül-orr-gége sebészek könyvtára hasznos könyvvel gyarapodott.

Ribári Ottó dr.

G. Wolf: Atmung und Beatmung. Springer Verlag, Berlin—Heidelberg—New York, 1975. 45 oldal, 19 ábra. Munkatársak: Brädel, E. és Balmer, H. Ára: 19,80 DM.

Hézagpótló összefoglalásra szánta el magát a baseli egyetem kantonkórháza intenzív betegellátó osztályának vezetője, aki nővérek és ápolók önképzése és képzése számára a tartós mesterséges gépi lélegeztetésről állított össze vezérfonalat. A lélegeztetést ugyan orvosok rendelik el és ők is tervezik meg, de a kivitelezés eredményessége nagyrészt a nővéreken múlik, akiknek nem elég szívvel és lélekkel jelen lenniük, hanem kellő szakismeretek birtokában tudatosan kell a lélegeztetést kivitelezniük.

A 10 fejezetre és tárgymutatóra felosztott munka végigvezeti az

olvasót a légzés megfigyelésén, annak anatómiai és élettani alapjain, ismerteti a vérgázanalízist és a légzés functionalis paramtereit. Foglalkozik a mechanikus lélegeztetéssel, a lélegeztetett beteg megfigyelésével és ápolásával. Külön fejezet tárgyalja az intubált, majd az extubált beteg spontán légzését.

A tárgyalás stílusa és módja közérthető, egyszerű és a tárgyban járatlan olvasó számára is könnyen követhető. Külön kiemelendő

a könyv didaktikai tagoltsága. A különösen fontos részek rózsaszínű alakra kerültek, mely az olvasó tanulását és visszakeresését egyaránt megkönnyíti. Nagyon szemléletesek a világos, áttekinthető színes ábrák, melyek elsősorban az elméleti részeket teszik könnyebben érthetővé. A mondanivalót gyakorlati példák támasztják alá.

Talán egyetlen hiányossága a könyvnek, hogy a legelterjedtebb respiratorokat még vázlatosan

sem ismerteti, azok kezelésére, hibáik és üzemzavaruk felismerésére és elhárítására, sterilizálásukra nem ad útmutatót, így a könyv a tárgy iránt érdeklődők számára nem biztosít teljes tanulási alapot.

A könyvet haszonnal forgathatják az intenzív nővérek, de az a tartós mesterséges gépi lélegeztetéssel kezdő módon foglalkozó orvosok és orvostanhallgatók számára is minden bizonnyal értékes adatokat tartalmaz.

Széll Kálmán dr.

LIMOVANIL

olajos injekció, emulziós injekció.

ÖSSZETÉTEL:

1 amp. (1 ml) olajos inj. 2,5 mg oestradiol. benz., 12,5 mg progesteron., 0,15 ml alcohol benzyllicust,

1 amp. (1 ml) emulziós inj. 2,5 mg oestradiol. benz., 12,5 mg progesteron., 10 mg alcohol benzyllic., 80 mg benzyl. benzoic.-ot tartalmaz vizes emulzióban.

JAVALLATOK:

Primaer és secundaer amenorrhoea, habitualis abortus.

ADAGOLÁS:

Primaer amenorrhoeában megelőző 3 heti ösztrogénkezelés után 5 napon keresztül napi 1 ampulla olajos injekció vagy 3 ampulla vizes emulzió egyszerre. — Secundaer amenorrhoeában 2 napon keresztül napi 1 ampulla olajos injekció vagy 2 ampulla vizes emulzió egyszerre. Habitualis abortusban a kezelést célszerű mindjárt a menses elmaradásakor elkezdni, és a kritikus időpont után egy hónapig folytatni. Adagja heti 2–3 olajos injekció 20 héten keresztül vagy heti 1–2 ampulla emulzió 5 héten keresztül, majd heti 1 ampulla 14 héten keresztül. Mindkét injekciót intramusculárisan kell alkalmazni!

FIGYELMEZTETÉS:

„Terhességi próbára” nem használható, mert az esetleges terhesség korai szakaszában az embrió károsodását okozhatja!

MEGJEGYZÉS:

✱ Az olajos és emulziós inj. az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján csak abban az esetben rendelhető, ha az adott esetben a beteg gyógykezelését más – szabadon rendelhető – gyógyszer megfelelően nem biztosítaná. — Lejáratí idő: 2 év.

CSOMAGOLÁS:

b. 5×1 ml amp. olajos 34,— Ft, 50×1 ml amp. olajos 322,— Ft.

b. 5×1 ml amp. emulziós 34,— Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest, X.



A Fővárosi Tanács János Kórház Tudományos Bizottsága és Higiéniai Szolgálat, a Fővárosi Egészségnevelési Központ 1976. szeptember 30. (csütörtök) 14 órakor, a Kórház tantermében (XII., Diósárok u. 1.) kerekasztal-konferenciát rendez.

Tárgy: A trichomonas vaginalis és a sarjadzó gombák okozta urogenitalis fertőzések szövődményeinek jelentősége és megelőzése.

A megnyitót tartja és vezeti: Wabrosch Géza dr.

Résztvevők:

Bágyoni Attila dr., Cikelly Rózsa dr., Cséfalvay Tibor dr., Domány Zoltán dr., Faragó Ferenc dr., Fehér Mihályné dr., Götte Árpád dr., Hajdu Gábor dr., Jánossy Tibor dr., Kovács László dr., Miczbán Izabella dr., Nagy Éva dr., Szilágyi László dr., Tóth Béla dr., Vértés László dr.

Spellenberg Sándor dr.: Összefoglaló.

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem 1976. szeptember 30., csütörtök, délután 15 órakor, a II. Belgyógyászati Klinika tantermében (VIII., Szentkirályi u. 46.) tudományos ülést tart.

Biológiailag aktív vegyületek kutatása
(1. főirány)

1. Csaba György: A hormonreceptorok fejlődése (30 perc).
2. Tóth Miklós, Zakár Tamás: Dihydrotestoszteron kötődése citoplazmatikus és magi receptorokhoz a patkány vesicula seminalis vagdalekában (10 perc).
3. Holló István, Gerő László, Szalay Ferenc, Korányi László, Steczek Katalin: Peptidhormon-hatás és serum calcium (15 perc).
4. Gláz Edit, Kiss Róbert, Lada Gyöngyi, Kaprics Éva: Aldosteron elválasztás regulációja mellékvesekéreg adenomában és mikronoduláris hyperplasiában (10 perc).
5. Földes János, Gyertyánfi Géza, Piroška Edit, Juhász Józsefné, Jókay Ilona: Plasma c-AMP vizsgálataitok pajzsmirigy betegeken (10 perc).

A Magyar Pathologusok Társasága 1976. október 1—2-án Szekszárdon, a „Babits Mihály” Művelődési Ház — Panoráma filmszínházban, — a megyei kórház fennállásának 175. jubileumi évében — V. találkozója tartja.

1976. október 1., 9.00 óra

Üdvözlések, megnyitás.

Téma: Az orvosi diagnosztikus tevékenység értékelése, szövődmé-

nyei és ártalmi a kórboncnok szemével.

1. Balogh J. dr. (Szekszárd): Diagnosztikus tévedések logikája és törvényszerűségei (20 perc).
2. Juhász J. dr. (Budapest): Lymphadenographia-okozta strukturalis elváltozások a nyirokcsomókban (20 perc).
3. Krasznai G. dr. (Debrecen): Gyógyszer-okozta lymphadenopathiák (20 perc).

Szünet

4. J. Plank dr. (Martin): Pace-maker-beültetés szövődményei (20 perc).
- László J. dr., Gaál M. dr. (Budapest): Az orális anticoncipiens tartós alkalmazásának klinikai és patológiai vonatkozásai.
Klinikai rész: László J. dr. (10 perc).
Patológiai rész: Gaál M. dr. (10 perc).
6. Gorács Gy. (Budapest): Diagnosztikai terápiás beavatkozások szövődményei a csecsemő- és gyermekkorban (20 perc).
7. Somogyi E. dr. (Budapest): Diagnosztikus beavatkozást követő hatósági boncolások értékelése (20 perc).

Vita

1976. október 2., 9.00 óra

Téma: A patológiai adatok feldolgozásának és értékelésének modern módszerei.

1. H. Becker dr. (Graz): Modern adatfeldolgozó módszerek alkalmazása a patológiai gyakorlatban (német nyelven).
2. R. Thierbach dr. (Berlin): Az információ módszertana a patológiában (német nyelven).
3. H. Zschoch (Brandenburg—Havel): Kórbonctani statisztikai vizsgálatokhoz alkalmazható adatfeldolgozási módszerek áttekintése 1956—1975. (német nyelven).

Szünet

4. Sebők J. dr. (Budapest): A Kórbonctani statisztika néhány kérdése (20 perc).
5. Balogh J. dr. (Szekszárd): Lehetőségek és javaslatok a boncolásnál nyert adatok korszerű értékeléséhez (20 perc).

Vita

Minden referatumnak után, hozzájárulás, ideje 3 perc.

Vetítés: 5×5 cm-es diaposzitiv, vagy 16 mm-es hangosfilm, vagy 35 mm-es normálfilm.

Részletes felvilágosítást Balogh József dr. (7101 Szekszárd, Kórház) ad.

A Magyar Sebész Társaság, a „Korányi Frigyes” Tbc és Tüdőgyógyász Társaság Mellkasebész Szakosztálya 1976. október 2-án, 9.30 órakor Budapesten, az I. Sebészeti

Klinika tantermében (VIII., Üllői u. 78.) tudományos ülést rendez.

Fiatal sebészek kazisztikai fóruma III.

Téma: Tüdő.

Üléselnök: prof. Ungár Imre.

Titkár: Szamaránszky Júlia dr.

Mészáros Zsolt dr. (Budapest): Congenitalis tüdőaplasia.

Horváth Örs Péter dr., Száva Judit dr. (Szeged): Tüdő arteriovenosus aneurysmák.

Kovács Vendel dr. (Debrecen): Myeloma multiplex és hörgőrák együttes előfordulása.

Troján Imre dr., Regényi Jakab dr. (Szeged): Boeck sarcoidosis és tüdőrák.

Szakál Szabolcs dr., Timár Margit dr. (Debrecen): Gelatinosus tüdőrák mediastinalis tumor formájában jelentkező esete.

Vigh Erika dr. (Szeged): Tüdőhystiocytoma.

Szamaránszky Júlia dr. (Debrecen): Pulmonalis tumor-let.

Vita

Vitavezető: Tóth Jenő dr.

Kollár Sándor dr. (Debrecen): A tüdő eosinophil granulomája.

Veidner Tibor dr., Tószegi Anna dr. (Szeged): Két betegünk tübiop-siával bizonyított eosinophil granulomatosisa.

Helesfai Anna dr., Vigh Erika dr., Regényi Jakab dr., Petri András dr. (Szeged): Szűrővel felfedezett Wegener granulomatosis.

Vincze Árpád dr., Troján Imre dr. (Gyula): Egész mellkasfelet kitöltő óriás emphysema bulla operált esete.

Mészáros Zsolt dr. (Budapest): Bullósus emphysema és aspergilloma.

Smidélusz László dr. (Hegyfalu): Bilateralis, multiplex üregképződéssel járó tüdőcandidiasis gyógyult esete.

Molnár Lajos dr., Tóth Erzsébet dr. (Miskolc): Cor triloculare biatrium fibrocavernás tbc-vel szövődött esete.

Szollár Rózsa dr. (Budapest): Sebészileg megoldott bronchiectasia complex fejlődési rendellenességgel.

Puha Katalin dr. (Mátraháza): Asthma bronchiale és bronchiectasia.

Vita

Vitavezető: Molnár János dr.

A vita együttes időtartama 30 perc.

Elnöki összefoglaló.

Levélcím: Mécs János dr. titkár, 5000 Szolnok, Vöröscsillag u. 32. (Tel.: 132-95).

A Magyar Sebész Társaság Nyugat-dunántúli Csoportja 1976. év december 4-én (szombat) délelőtt

10 órakor Nagykanizsán, az új Művelődési Ház különtermében kerekasztal-konferenciát rendez.

Téma: Az igazságügyi orvos és a sebész közös problémái — az élet — halál joga és a tennivalók a halál meggyén.

Felkért referensek: prof. Petri Gábor (Szeged), prof. Somogyi Endre (Budapest), prof. Budváry Róbert (Pécs), prof. Szécsény Andor (Budapest), prof. Hüttl Tivadar (Budapest), Dezső László dr. (Zalaegerszeg).

Moderátor: Lázár Dezső dr. (Nagykanizsa).

A témához kapcsolódó részvételt és hozzászólásokat kérjük 1976. év október 1-ig, Tiborcz Sándor dr. (9700 Szombathely, Malom u. 14. sz.) címre bejelenteni.

A Magyar EEG Társaság XX. évi tudományos ülése 1976. október 7–9. Esztergom, Technika Háza (Ifjúnok u. 2/a).

1976. október 7., 10.00 óra

Megnyitó.

I. főtéma: Számítástechnikai módszerek az elektrofiziológiában és a klinikai elektroencephalográfiában.

1. Karmos Gy. (Pécs): Számítástechnikai módszerek az elektrofiziológiában és a klinikai elektroencephalográfiában (referátum).

2. Obál F. (Szeged): Próbálkozások és eredményeink az agyi elektromos jelek elemzésében (korreferátum).

3. Benedek Gy. és mtsai (Szeged): Az EEG-synchronisatio vizsgálata számítógéppel.

4. Tarjányi J. és mtsai (Szeged): Féloldali cerebrovascularis folyamatok EEG elváltozásainak számítógépes elemzése.

5. Obál F. jr. és mtsai (Szeged): A kiváltott potenciálok számítógépes értékelésével nyert eredményeink.

6. Szekeres L. és mtsai (Szeged): Kiváltott potenciálok számítógépes értékelésének módszere.

7. Iványos L. és mtsai (Budapest): A cerebrális elektromos tevékenység frekvencia spektrumának különböző típusú ritmicitás sajátosságai az alvás-ébrenlét változásai kapcsán.

8. Török A. (Szeged): Korrelációs és átviteli mátrix alkalmazása az elemi inger-válasz kapcsolat vizsgálatában.

14.30 óra

9. Jani P., Nagy A., Balogh G. (Budapest): Kísérlet az EEG jelek koherens optikai módszerrel történő spektrumanalízisére.

10. Vörös M. és mtsai (Budapest): A Fourier-spektrum probléma-függő értékelése.

11. Végső L., Vörös M., Sarkadi A. (Budapest): Bioelektromos jelek ki-

értékelésére használható módszerek és alkalmazhatóságuk.

12. Sarkadi A., Vörös M., Végső L. (Budapest): Az EEG számítógépes analíziséből, értékeléséből és osztályozásából levonható fiziológiai következtetések.

13. Marosfi S. és mtsai (Budapest): Visualis, auto- és crosscorrelációs elemzések schizophren betegek relaxációs elektroshock kezelésének különböző szakaszaiban I.

14. Ungvári G. és mtsai (Budapest): Visualis, auto- és crosscorrelációs elemzések schizophren betegek relaxációs elektroshock kezelésének különböző szakaszaiban II.

15. Varga M. és mtsai (Budapest): A polygraphiás EEG analízis — integrátum és az alvásmintázat összefüggésének vizsgálata.

16. Somogyi I., Járdánházy T. (Szeged): I. 200 mg iv. Inactin agyi elektromos tevékenységre gyakorolt hatásának teljesítménysűrűség-spektrum- és correlatioanalízise „control” patienszen.

17. Tóth J. és mtsai (Budapest): A motoros egységpotenciálok számítógépes átlagolása.

18. Molnár E. és mtsai (Budapest): Az elektromyografiás interferencia görbe számítógépes elemzése.

19. Dura Gy. és mtsai (Budapest): Az elektromyogramok cél-gépes feldolgozása és jelentősége a toxikológiai állatkísérletekben.

1976 október 8., 8.30 óra

Szabad előadások (klinikai és experimentalis elektrofiziológia).

20. J. Kugler (München): Hypnoanalgetikumok elektro-klinikai csoportosítása (német nyelven).

21. L. Cigánek (Bratislava): Visualis kiváltott potenciálok és a centrencephalis epilepsziás kislések mechanizmusai (angol nyelven).

22. Ádám György, Hadházy A. (Budapest): Humán interoceptív folyamatok elektrofiziológiai elemzése.

23. Ángyán L. (Pécs): Thalamus-ingerléssel kiváltott mozgások neurocorticalis kísérőjelenségeink vizsgálata macskán.

24. Czopf J. és mtsai (Pécs): Kiváltott potenciál-komponensek dinamikus változásainak elemzése.

25. Martin J., Nagypál T. (Budapest): Hangingerrel kiváltott vertex válasz detektálása és elemzése a gyakorlatban.

26. Nagypál T., Martin J. (Budapest): Kiváltott potenciálok felismerése.

27. Tomka I., Bodó M., Sipos K. (Budapest): A patológiás cirkadian változások és a cerebrális elektromos tevékenység néhány összefüggése.

28. Sipos K., Tomka I., Bodó M. (Budapest): Az autogén training hatása az agyi elektromos tevékenységre.

29. Bodó M., Aczél J. (Budapest): Az izolált hemisphaerium néhány elektrografiás sajátosságai.

30. Nikolits Ilona, Tomka I. (Bu-

dapest): Epilepsziás aktivitás hatása a cirkadian ritmusra állatkísérletekben.

31. Nagy A., Nagypál T., Bodó M. (Budapest): Paroxysmalis elektromos jelek vizsgálata szummációs módszerrel.

32. Szirmai I. és mtsai (Pécs): Terjedő epilepsziás görcspotenciálok analízise.

33. Boldizsár F., Szirmai I., Kelenyi L. (Pécs): Az agyi anyagcsere és az EEG rendeződése generalizált görcs után.

11.30 óra

Közgyűlés.

14.30 óra

II. Főtéma: Mozgásszervezés.

34. Tóth Sz. (Budapest): A mozgásszervezés elektrofiziológiai jelenségei (referátum).

15.10 óra

A szekció

35. Solyom A. (Budapest): Spinális folyamatok reflex vizsgálata.

36. Illyés S. (Budapest): A motoneuron kislési frekvenciájának és recitálódási rendjének elektro-myografiás vizsgálata embernél az akaratlagos mozgás szerveződésének folyamatában.

37. Buzsáki Gy. és mtsai (Pécs): Miért elfogadhatatlan a hippocampalis theta ritmus „akaratlagos mozgás” hipotézise.

38. Glowiczki Z., Zseni A., Szilágyi A. (Budapest): Charcot-Marie-Tooth család elektro-klinikai elemzése.

39. Czopf J., Karmos Gy. (Pécs): Peripherias idegvezetési sebesség sclerosis multiplexes betegekben.

40. Czopf J., Karmos Gy., Péntek A. (Pécs): Delay line technika egyszerű formája az elektro-myografiában.

41. Remenár L., Hajdú M. (Budapest): A Hummelsheim-műtét elektro-fiziológiai vonatkozásai.

42. Brasch A., Márkus A. (Budapest): A szem alkalmazkodási reflex-spasmusának organikus esete.

(Szabadelőadások).

43. Nagy Júlia, Decsi L. (Pécs): Állatkísérletes vizsgálatok akut Seduxen-intoxikáció kezelésére.

44. Farkas Ildikó, és mtsai (Budapest): Lokális és szisztemás DDVP expozíció hatása a kísérleti állatok EEG-jére.

45. Járdánházy T. és mtsai (Szeged): Kriptopyrrol és oxydatiós termékeinek biofizikai hatása a Helix pomatia izolált suboesophagealis ganglion-sejtjeinek aktivitására.

15.10 óra

B szekció

Szabadelőadások (Tudatzavar, alvás.).

46. Orosz Éva, Tomka I., Solyom A. (Budapest): Coma és agyi elektromos tevékenység.

47. Czopf J., és mtsai (Pécs): Hypnoid tudatzavar és kiváltott válasz változások.

48. Győri L. (Pécs): Uraemiás betegek agyi elektromos tevékenységének változása chronicus haemodialysis során és vesetransplantációt követően.

49. Zsadányi O., Balogh Á. (Debrecen): Spontán és gyógyszeres alvás EEG vizsgálata pszichózisokban.

50. Bujna Anna, Leel-Össy L., Kis K. (Esztergom): A Somnifer nevű készülék vizsgálata.

51. T. S. Geladze, és mtsai (Tbiliszi és Budapest): Az ébredés disszociált zavarainak elektrofiziológiai és pszichológiai párhuzama.

52. Balogh A. és mtsai (Budapest): Psychostimulans (Sydnocarb) hatása az alvásmintázatra.

53. Hajdu B., Rajna P., Halász P. (Budapest): Szélessávú frekvencia analízator-integrátor alkalmazása az alvásfolyamat EEG vizsgálatára.

54. Rajna P. és mtsai (Budapest): További adatok egyes polygrafiás paraméterek viselkedésére az alvásfolyamatban.

55. Kundra Olga, és mtsai (Budapest): Az ébredési reakció az alvásban.

1976. október 9., 8.30 óra

Szabadelőadások (Klinikai EEG vizsgálatok).

56. Berecz Gy. (Debrecen): Differentialdiagnostikai megfigyelések cerebrovascularis betegek EEG vizsgálatával.

57. Leel-Össy L. (Esztergom): Tapasztalataink cerebrovascularis laesiók EEG vizsgálatával kapcsolatban.

58. Frey Zsuzsanna (Budapest): Intermittáló vertebrobasilis keringési insufficiencia komplex klinikai és EEG képpel.

59. Boldizsár F., Czopf J., Szirmai I. (Pécs): A carotis tesztek jelentősége a carotis keringési zavarok EEG diagnosztikájában.

60. Kékési F., Vönöczky K. (Sopron): Az intermittáló cerebrális keringési elégtelenség műtéti kezelésének EEG-ellenőrzése.

61. Walsa R. (Budapest): Cerebrovascularis katasztrófák EEG dinamikája és differenciáldiagnosztikája.

62. Guseo A., Szirmai I., Borsics K. (Pécs): Az agy mikrocirkulatio vizsgálata terjedő görcsök alatt szöveti módszerekkel.

63. T. S. Geladze és mtsai (Tbiliszi és Budapest): Elektroencephalographiás és echoelektroencephalographias korrelációk supratentoriális tumoroknál.

64. Papp Erzsébet, Czopf J. (Pécs): Pseudotumor és EEG.

65. Geréby Gy. (Budapest): A herpes simplex encephalitis EEG-tünetei.

66. Ostorharics-Horváth Gy., Haffner Z. (Győr): Basilaris inpressio EEG vonatkozásai.

67. Marosfi S., Ungvári G., Pethő B. (Budapest): Újabb adatok hebephren és cycloid (shizoaffektív) pszichotikus betegek, valamint elsőfokú rokonaik EEG-vizsgálataiban (EEG-genetikai tanulmány).

68. Czenner Zsuzsa, Tringer L. (Budapest): Neurotikus betegek szorongásának polygraphiás elemzése.

69. O. S. Toidze (Tbiliszi): 75—110 évesek alvásának elektroencephalographiás jellemzői.

70. V. M. Gabasvili (Tbiliszi): Reflexes sino-aortalis paroxysmusok polygraphiás elektrofiziológiai vizsgálata.

71. Kárpáti M. (Budapest): Echoencephalographiás tapasztalatok, relaxatio ES kezelésnél.

72. Szák J. (Budapest): Alacsony légnyomás alatt keletkezett subarachnoidealis vérzés longitudinális EEG vizsgálata.

73. Molnár M., Szirmai I., Guseo A. (Pécs): Akineticus mutismus elemzése EEG-s szempontból kétoldali symmetricus thalamus lágyulást követően.

Tudnivalók:

Részvételi díj: 150 Ft, amely az előadásokon és a társasvacsorán való részvételre jogosít. A részvételi díj naponta a tudományos ülés helyszínén, reggel 8-tól a tudományos program befejezéséig működő kongresszusi irodán fizethető be. A társasvacsorán részt venni kívánó hozzátartozók számára a részvételi díj: 70 Ft.

A referátumok időtartama 40 perc. Az előadások időtartama 10 perc. A hozzászólások időtartama maximálisan 3 perc.

Vetíthetők 5 × 5 cm-es diapozitívek.

Felvilágosítás: Halász Péter dr. docens, Budapest VIII., Balassa utca 6. Pszichiátriai Klinika.

Jurisin Gyuláné, a tudományos ülés ügyintéző titkára, 2500 Esztergom, Béke tér 1—11. EMG (esztergomi gyáregység). Telefon: 500/170 (reggel 7 órától 15 óráig).

Rövid határidővel, olcsón, szakszerűen vállaljuk

a ROVAROK és RÁGCSÁLÓK irtását

Szerződés esetén árengedmény!

„AGROTAP” Önálló Közös Vállalkozás. (Rovarirtó részleg)

Budapest XIV., Lumumba u. 209.

Telefon: 630—985.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(242)
A Szegedi Orvostudományi Egyetem rektora pályázatot hirdet az I. sz. Sebészeti Klinika Szívsebészeti Osztályán betöltendő alábbi tanárségi állásokra: 2 sebész szakorvos, 1 kardiológus (belgyógyász képesítéssel rendelkező).

Előnyben részesülnek azon pályázók, akik szakképítéssel vagy a szakképítéshez szükséges gyakorlattal rendelkeznek és kardiológiai pályára törekednek. Illetmény a rendeletben előírtak szerint kerül megállapításra. Lakást az egyetem nem tud biztosítani.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérelmet a SZOTE Személyzeti és Oktatási Osztálya (6701 Szeged, Lenin krt. 107 Pf.: 427) kell beküldeni a hirdetmény megjelenésétől számított két héten belül.

Petri Gábor dr.
egyetemi tanár
rektor

(246)
A Győr-Sopron megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet (9002 Győr, Pf.: 92.) főigazgató-főorvosa pályázatot hirdet:

1 fő **szakorvosi** állásra a Tüdőgondozó-intézetnél,
1 fő **orthopaed** szakorvosi állásra a rendelőintézetnél,
1 fő **fogorvosi** állásra a rendelőintézetnél,
1 fő **szemész** szakorvosi állásra a kórház-rendelőintézetnél.

A rendelőintézeti állásoknál lakás biztosítása megbeszélés tárgya, a tudógondozó-intézeti állásnál garzonházi elhelyezés biztosítása.

Bérezés az érvényben levő bérutastás szerint.

Horváth Ottó dr.
főigazgató-főorvos

(247)
A Komárom megyei Tanács Egészségügyi Osztály vezetője (Tatabánya) pályázatot hirdet a Megyei Kórháznál újonnan szervezett **bőrgyógyászati osztályvezető főorvosi** állásra. Besorolás a megyei kórházi osztályvezető főorvosi kulcsszámnak megfelelően. Lakás megbeszélés tárgyat képezi.

Jelentkezési határidő: a hirdetés megjelenésétől számított 30 nap.

Beküldendő: Megyei Kórház főigazgatójához (2803 Tatabánya, Pf.: 330.) a Megyei Tanács egészségügyi osztálya vezetőjének címezve.

Sándor József dr.
főigazgató-főorvos

(248)
Budapest VIII. Tanács V. B. Egyesített Szakorvosi Rendelőintézet igazgató-főorvosa (Budapest VIII., Trefort u. 3.) pályázatot hirdet az Kállai Éva utcai Ideg-gondozó intézetben egy **pszichiater szakorvosi** állásra. Az állás azonnal elfoglalható. Illetmény a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasításban foglaltak szerint.

Szende István dr.
igazgató-főorvos

(249)
A Soproni Állami Szanatórium főigazgató-főorvosa (9401 Sopron Várisi út 2.) pályázatot hirdet az intézet Gyermekosztályán megüresedett E 106/2 kulcsszámú, **adjunktus** állásra. Az állás betölthető a szolgálati időtől és szakképítés-től függően szakalorvossal, illetve a fenti feltételek hiányában kezdő orvos-sal is.

A gyermekgyógyász szakvizsga lehetőségeinek megszerzése biztosított.

Az intézet allergológiai és kardiológiai profilal rendelkezik.

Illetmény a 18/1971. (EÜ. K. jún. rk.) EÜM-MÜM számú együttes utasításban foglaltak szerint.

Pérhelyes elhelyezést az intézet biztosít.

Nagy László dr.
főigazgató-főorvos

(250)
Tapolca Város Egyesített Egészségügyi Intézménye igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az újonnan létesített **üzemorvosi** állásra a Bakonyi Bauxitbánya Vállalatnál. Kétszobás összkomfortos lakást biztosítunk Tapolcán. Besorolás szakképítésétől függően történik. Az üzemorvos évenként 6–10 000 Ft jutalomban részesül.

A pályázati kérelmeket — a szolgálati út betartásával — a megjelenéstől számított 30 napon belül az egyesített intézmény igazgató-főorvosa címére kell megküldeni.

Mészáros István dr.
kórházigazgató-főorvos

(251)
A VIII. Tanács V. B. Kállai Éva Kórház (Budapest VII., Kun u. 4.) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az égés-sérülési osztályon 1 fő **sebész szakorvosi** állásra, melyen idővel plasztikai sebészti képesítés is elnyerhető.

1 fő anaesthesiológus orvosi állásra, az utókezelő osztályon 1 fő belgyógyász szakorvosi állásra, melyen szakképítés-től és szolgálati időtől függően alorvosi, illetőleg adjunktusi beosztás nyerhető el.

Vetrő Eszter dr.
igazgató-főorvos

(252)
A Heves megyei Tanács Kórháza Hevesi Rendelőintézetének igazgató-főorvosa (Heves, Fő utca 13.) pályázatot hirdet:

Heves nagyközségben 1 fő rendelőintézet **fogorvosi** állásra. Bérezés szolgálati időtől függően, letelepedési hozzájárulás fizetése, valamint OTP berendezési kölcsön felvétele lehetséges a vonatkozó rendelkezések szerint.

Az álláshoz modern, kettőszobás, komfortos lakás rendelkezésre áll.

Jeney Zoltán dr.
igazgató-főorvos

(253)
Budapest VIII. Tanács V. B. Egyesített Szakorvosi Rendelőintézet igazgató-főorvosa (Budapest VIII., Trefort u. 3.) pályázatot hirdet a Központi Baleseti Rehabilitációs osztályon egy **sebész felülvizsgáló főorvosi** és egy **sebész vagy traumatológus szakorvosi** állásra, valamint a Bőr- és Nemigondozó Intézetben egy **bőrgyógyász szakorvosi** állásra.

Illetmény a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasítás szerint.

Szende István dr.
igazgató-főorvos

(254)
Pályázatot hirdet a Péterfy Sándor u. Kórház F-belgyógyászati osztályán megüresedett E 108 kulcsszámú **segédorvosi** állásra. Belgyógyászati gyakorlati rendelkezések előnyben részesülnek. 1976-ban végzett orvosok nem pályázhatnak.

Radnai Vera dr.
főigazgató h. főorvos

(255)
A Soproni Állami Szanatórium főigazgató-főorvosa (9401 Sopron Várisi út 2.) pályázatot hirdet egy E 104 kulcsszámú **főorvosi** állásra. Az állás betöltéséhez belgyógyászati szakorvosi képesítés és megfelelő szakmai gyakorlat szükséges. Tudományos minősítéssel rendelkező, vagy tudományos munkásságot — főképpen kardiológiai vonalon — felmutató pályázó a kinevezésnél előnyben részesül. A kinevezett főorvos alkalmasság esetén főigazgató-főorvosi helyettesi megbízást is nyerhet. Illetmény a 18/1971. EÜM-MÜM számú együttes utasításban foglaltak szerint. Az állás azonnal elfoglalható. 2 szobás lakás biztosításáról szó lehet.

Nagy László dr.
főigazgató-főorvos

(256)
Az Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet igazgatója pályázatot hirdet az alanti állásokra:

1. A Kísérletes Patológiai osztályon egy **tudományos munkatársi orvosi** állásra. Az állás betöltésénél előnyben részesül, aki kóronctan szakorvosi képesítéssel vagy kísérletes embriológiai-teratológiai gyakorlattal rendelkezik. Fize-

tés kulcsszám szerint + 30% veszélyességi pótlék + 1000.— Ft munkahelyi pótlék.

2. A Kísérletes Patológiai osztályon egy **asszisztens** állásra. Az állás betöltésénél a szövettani gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek. Fizetés kulcsszám szerint + 30% veszélyességi pótlék. Pályázatok a meghirdetett szervhez (1096 Budapest IX., Nagyvárad tér 2.) küldendők.

Timár Miklós dr.
egyetemi tanár
intézeti igazgató

(257)
Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi főosztály vezetője (1840 Budapest, Városház u. 9–11.) pályázatot hirdet a Péterfy Sándor utcai Kórházban lemondás alapján megüresedett, függetlenített **főigazgató-főorvosi** állásra.

Képesítés és bérezés a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes, valamint a 13/1975. sz. rendeletben foglaltak szerint. A pályázati kérelmet a 6/1970. EÜM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

Bartha Ferenc dr.
főv. vezető főorvos

(258)
Budapest IV. ker. Tanács V. B. Újpesti Kórházának h. igazgató-főorvosa (Bpest, IV., Nyár u. 99.) pályázatot hirdet kóronctan szakorvosi állásra. A kinevezés szolgálati időtől függően alorvosi, vagy adjunktusi beosztásban történik.

Illetmény a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasítás szerint.

Újszászy László dr.
h. kórházigazgató-főorvos

(259)
Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet igazgató-főorvosa (1528 Budapest, 104 kulcsszámú röntgen osztályvezető Szanatórium u. 2.) pályázatot hirdet E 104 kulcsszámú röntgen osztályvezető A pályázatot a hirdetésétől számított 15 napon belül a szolgálati út betartásával lehet benyújtani.

Borsay János dr.
igazgató-főorvos,
az orvostudományok kandidátusa

(260)
Karcag Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet (Karcag, Lenin út 48.) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a kórház szülészeti-nőgyógyászati osztályán megüresedett **beosztott orvosi** állás betöltésére.

Besorolás a 18/1971. EÜM-MÜM számú utasítás alapján gyakorlati időtől függően.

Az álláshoz 2 szoba, összkomfortos tanácsai kiutalású lakást biztosítunk.

Mikola Zoltán dr.
igazgató-főorvos

(261)
A Zala megyei Tanács II. Kórház-Rendelőintézet, Nagykanizsa, Fabik Károly u. 2–8. igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az alábbi üres állásokra:

1 fő E 104/0 ksz. **belgyógyász-csoport-vezető főorvosi**.

3 fő E 111–E 112 ksz. **üzemorvosi**.
A belgyógyász-csoportvezetői állás kivételével az orvosi állásokra nem szakorvosok is pályázhatnak.

Bérezés a 18/1971. EÜM-MÜM együttes utasítás alapján. Az üzemorvosi szolgálatot Nagykanizsa város területén kell teljesíteni, s az állásokhoz átmenetileg orvosszálláson férőhelyet, 1 éven belül főberleti lakás áll rendelkezésre. Labor szakorvosi mellékfoglalkozás lehetséges. A pályázatok a kórház igazgatójához címezve kérjük benyújtani.

Düh András dr.
igazgató-főorvos

(262)
A Budapest XX., Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezető főorvosa (1725 Budapest, Kossuth tér 1.) pályázatot hirdet:

1 fő **kerületi orvos** 2105 ksz.,
3 fő **hygiénikus orvos** E 108 ksz. állásra.

A pályázati benyújtható: Budapest XX., Tanács V. B. egészségügyi osztály főorvosi hivatal 1725 Budapest, Kossuth tér 1.

ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	T á r g y
1976. szept. 24. péntek	Weil Emil Kórház Kulturterme XIV., Uzsoki u. 29.	délután 13.30 óra	Weil Emil Kórház Tudományos Köre	1. Scholtz Magda, Váradi István, Kalocsai Géza: A jó- és rosszindulatú petefészekdaganatok előfordulása, összehasonlítva a női nemiszervek egyéb tumorai-val. 2. Fülher Károly: A corpus pineale működése, a legújabb vizsgálatok szem- szögéből.
1976. szept. 24. péntek	XXI. ker. Kórház kulturterme	délután 13.30 óra	Csepeli Orvosok Tudományos Köre	Várkonyi Zoltán: A körzeti orvosi munka aktuális kérdései.
1976. szept. 24. péntek	Föv. János Kórház tanterme XII., Diósárok u. 1.	délután 14 óra	Föv. János Kórház Gyermekosztály és a Budai Területi Gyermekkórház Orvosi Kara	Rácz Dániel: Sebészeti hasi problémák a gyermekkorban.
1976. szept. 25. szombat	Weil-terem V., Münnich F. u. 32.	délelőtt 10 óra	Magyar Sebész Társaság Cardiovascularis Szakosztály	1. Prof. F. Sebening (München): Melikusi aorta aneurysmák sebészeti kezelése (németül). 2. Prof. H. Meisner (München): A coronaria sebészet mai állása (németül). 3. Dr. J. Richter (München): A mély hypothermia alkalmazása a szívsebés- zetben. Nyitott szívű műtétek acupuncturás analgesziában.
1976. szept. 27. hétfő	Pécs OTE Központi Épület	délután 16 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szak-csoportja	1. Kelényi Loránd, Mezei Béla: A telemetrikus jelátvitel elektronikai, műszaki bázisának kialakítása során szerzett tapasztalataink (15 perc). 2. Götz Frigyes, Verebélyi András, Nagy Zoltán, Gimes Lajos, Frang Dezső: Veseköves betegek gondozása (15 perc). 3. Pintér András, Schäfer József, Kustos Gyula: Tapasztalataink és eredményeink a congenitalis epeuteresi kórképek kezelésében és kezelésében (15 perc). 4. Varró József, Kuhn Endre, Tekeres Miklós, Horváth Attila: Mucociliaris nyáktranszport vizsgálata radiológiai módszerekkel (15 perc).

Felhívás az Orvosi Hetilap cikkíróihoz! Az Orvosi Hetilap 4 pld. ösz- szefoglalást kér, amelyek közül 3 pld. az idegen nyelvű fordítások célját szolgálja. Ezek terjedelme lehetőleg ne legyen túl hosszú. A külföldi ol- vasó nem ismeri a cikket, ebből következik, hogy az összefoglalás *rövidí- tést nem tartalmazhat!*

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 15 000 példányban
A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató
Telefon: 116-660

MNB egyszámúszám: 69.915.272-46

Terjesztő a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,
a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál
(Budapest, V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Szerkesztőség: 1363 Budapest, V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 121-804, ha nem felel: 122-765
Előfizetési díj egy évre 216,- Ft, negyedévre 54,- Ft, egyes szám ára 4,50 Ft



76.2546 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS

1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.

BRAUN PÁL DR.

DARABOS PÁL DR.

FISCHER ANTAL DR.

HIRSCHLER IMRE DR.

LENART GYÖRGY DR.

SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felélő szerkesztő:

TRENCSENI TIBOR DR.

*

Munkatársak:

PAPP MIKLÓS DR.

GIACINTO MIKLÓS DR.

BTAGE ZSUZSANNA DR.

WALSA RÓBERT DR.

BUDA BÉLA DR.

HONTI JÓZSEF DR.

VÉRTES LÁSZLÓ DR.

*

117. ÉVFOLYAM

*

39. SZÁM

*

1976. Szeptember 26.

TARTALOMJEGYZÉK

Révész Tamás dr., Schmidt Marianne dr.,
Szigeti Róbert dr. és Schuler Dezső dr.:

Összehasonlító vizsgálatok

naponta látogatott és hetente egyszer

látogatott klinikai gyermekosztályon 2355

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Daróczy Pál dr. és Ladányi Józsa dr.:

Kapillármikroszkópos vizsgálatok

replantált ujjpercek egyesítése vonalában ... 2358

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Papp János dr., Tulassay Zsolt dr.,

Bielawski János dr., Homoki Ilona dr.

és Kollin Éva dr.:

Endoscopus retrograd pancreatographia

pancreas-pseudocysták esetén 2361

Arató Mihály dr., Erdős András dr.

és Kasánszky Emőke:

A szervesoldószer-abusus esetei

psychiatriai osztályon 2365

SYNDROMÁK

Halmos Tamás dr., Gergely Anna dr.,

Ajkay Zoltán dr., Szűcs Györgyi dr.,

Korpásy István dr., Korányi László dr.

és Kammerer László dr.:

Doege—Potter-syndroma 2368

KLINIKAI SZERVEZÉSTAN

Csákány György dr.:

Milyen legyen a röntgenlelet? 2372

ORVOSTÖRTÉNELEM

Harmat Pál dr.:

A pszichoanalízis Magyarországon

(1900—1948) 2371

KAZUISZTIKA

Prugberger Emil dr.:

Hilusi nyirokcsomó-duzzanattal járó

BCG túlérzékenységi reakció 2381

KÖSZÖNTÉS

Knoll József dr.:

Issekutz Béla akadémikus 90 éves 2383

Beszámolók, jegyzőkönyvek 2385

Folyóiratreferátumok 2386

Levelek a szerkesztőhöz 2401

Könyvismertetés 2403

Hírek 2406

Előadások, ülések 2412

SOMBREVIN

OSSZETÉTEL: 1 ampulla (10 ml) 0,5 g propanididumot és 2 g polyoxaethenum ricinoleinicumot tartalmaz vizes oldatban.

HATÁS: Barbituratmentes, intravénásan alkalmazható, rövid hatástartamú narcoticum.

JAVALLATOK: Rövid ideig tartó fájdalmas eszközös, diagnosztikus vagy therapiás beavatkozások, ambulans sebészeti kisműtétek során alkalmazható, 4–15 perces időtartamra biztosít kielégítő mélységű narcosist. Hosszabb időt, tartósabb narcosist igénylő műtétek esetén a Sombrevin a narcosis bevezetésére, más narcoticumok potenciálására alkalmas.

injekció

FIGYELMEZTETÉS: 4 éven aluli életkorban a Sombrevin injekció alkalmazása különös körültekintést igényel.

Szakrendelések a biztosítottak ellátására, nem a társadalombiztosítás terhére, hanem a pro ambulancia szerekre meghatározott módon szerezhetik be.

FORGALOMBA KERÜL: 5 × 10 ml ampulla 132,— Ft
50 × 10 ml ampulla 1300,— Ft



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Összehasonlító vizsgálatok naponta látogatott és hetente egyszer látogatott klinikai gyermekosztályon

Révész Tamás dr., Schmidt Marianne dr.,
Szigeti Róbert dr. és Schuler Dezső dr.

A beteg gyermek kórházi ellátása komoly felelősséget jelent mind az orvosok, mind a nővérek számára. Nemcsak a lehető legmagasabb szintű kezelést kell biztosítani a gyermeknek, hanem gondoskodni kell arról, hogy a betegséggel járó kellemetlenségeket, szüleiktől és az otthonról való elválást és egy új, szokatlan környezethez való alkalmazkodást minél könnyebbé tegyék. A kórházba kerülő gyermek idegen, sokszor ijesztő világban találja magát, ahol számára furcsa színek, szagok és látványok vesznek körül. Az orvosok és nővérek gyakori cserélődése, ill. a gyermekkel töltött rövid idő megnehezíti az egy emberhez való kötődés kialakulását. Mindezek a tényezők, sokszor fájdalmas beavatkozásokkal tetézve, a betegség mellett külön terhet rónak a gyermekre. Miután felfogóképessége, helyzetmegértése — korától függően — még igen hézagos, nehéz, vagy lehetetlen belátni a kórházi kezelés szükségességét. Minél fiatalabb a gyermek, annál nehezebb számára a kórházhoz való alkalmazkodás és annál gyakoribbak a hazavitelt követő emocionális és magatartási zavarok (8). Bár a héthónaposnál fiatalabb csecsemőket látó szolgálat nem zavarja a kórházi környezet, valójában gyakran kimutatható az ingerszegény, idegen világ károsító hatása fejlődésükre (7). Kevés az olyan kisgyermek, aki minden nehézség nélkül szokik hozzá a kórházi tartózkodáshoz. Legtöbbjük hosszasan sírással, ill. a legkülönbözőbb félelmi reakcióval válaszol az elválasztásra. Gyakori jelenség az elválást követő apátia, korábbi fejlődési szintre való visszaesés, táplálási nehézség, befelé fordulás stb. (2, 6). Abban, hogy a problémák milyen mértékben jelentkeznek, rendkívül nagy szerepet játszik a gyermek alkata, a szülők által történt esetleges felkészítése a kórházi felvételre, előzetes közösségi tartózkodása és nem utolsósorban az orvosok és nővérek közeledése, magatartása.

Nem szabad természetesen elfelejtkezni arról, hogy a kórházi ápolás rendszerint elengedhetetlenül szükséges és a kórház mindennemű fájdalmas és kellemetlen élményével együtt is a diagnosist és gyógyítást biztosító hely. A lehetőségekhez ké-

pest azonban, mindent el kell követni, hogy a gyermek számára ezt az időt minél rövidebbé és elviselhetőbbé tegyék. Ennek része a szülők látogatása is. A látogatás célja részben a szülő—gyermek kapcsolat zavartalanságának biztosítása, részben a szülők tájékoztatása gyermekük állapotáról. A gyermekek számára a látogatás biztosítja az állandó kapcsolatot az otthonnal és segíti pszichés integritásának megőrzésében.

Klinikánkon, hasonlóan más gyermekklinikák gyakorlatához, a látogatás egyszer egy héten van egyórás időtartamra. Egyik osztályunkon kísérleti jelleggel bevezettük a naponkénti látogatást. Jelen vizsgálatunkban a kórházi fertőzések gyakoriságát és a kórházi ápolást követő pszichés problémák előfordulását tanulmányoztuk klinikánk naponta és egyik hetente egyszer látogatott osztályán.

Vizsgálati anyag és eredmények

Klinikánk két gyermekosztályán végeztük az összehasonlító vizsgálatokat. Mindkét osztályon 2—14 éves korú gyermekeket ápolnak, az osztályok nyílt rendszerűek, 5—10 ágyas egybenyílt kórtermekkel. Az I-es osztályon kísérleti jelleggel két éve bevezették a naponkénti látogatást, napi egyórás időtartamra, délután 4-től 5-ig. Ezen az osztályon is csak felnőtt hozzátartozók látogathattak. A II-es osztályon a klinika egészére vonatkozó, hetenként egyszeri látogatás van érvényben. Az I-es osztály főleg haematológiai, a II-es nephrológiai betegeket lát el. Mindkét osztályon fészenek immunsuppressív kezelésben részesülő betegek, bár az immunsuppressio foka a haematológiai (leukaemiás) betegek esetében lényegesen nagyobb. Szükség esetén lázas betegeket is felvesznek mindkét osztályra. Az I-es osztály ágylétszáma: 31, a II-esé: 25.

Kórházi fertőzésnek tekintettünk minden olyan infectiót, amelyet az egyéb okból felvett gyermek az osztályon szerzett (3). A kórházi fertőzések felmérése céljából egy éven keresztül mindkét osztályon ápolt, valamennyi gyermek kórlapjába kartont helyeztünk, amelyen kibocsátáskor az osztályos orvos feltüntette a kórházi fertőzést és annak jellegét. Az I-es osztályon az egy év alatt ápolt 702 beteg közül 34 (4,8%) kapott kórházi fertőzést, a II-es osztály 664 betege közül 24-nek (3,6%) volt kórházi fertőzése. A típusmegoszlást a táblázat mutatja.

A kórházi bentfekvést követő **pszichés problémák** felmérésére kérdőívet küldtünk ki a szülőknek azzal a kéréssel, hogy azt a gyermek hazavitel után két héttel kitöltve küldjék vissza. A kérdőíven a következő kérdések szerepeltek:

Észlelte-e a gyermek kórházból való hazavitel után: 1. Éjszakai felriadást? 2. Visszahúzódot, zárkózottságot? 3. Erőszakos viselkedést? 4. Érzelmi fejlődésében vagy iskolai teljesítményében való visszaesést? 5. Szorongást vagy egyedüllétől való félelmet? 6. Sötétben maradáستól való félelmet? 7. Egyéb magatartási vagy viselkedési zavart, mégpedig...?

185 kérdőív érkezett vissza az I-es osztályra, az elküldött kb. 500-ból, 170 kérdőív a II-es osztályon ápolt gyermekek szüleitől. Az I-es osztály kérdőívei közül 95-ön (51,3%) szerepelt pszichés ártalomra utaló megjegyzés, a II-esé közül 120-on (70,5%). Az első 6 pontban szereplő pszichés zava-

rok gyakorisága egyenletes megoszlást mutatott a pozitív kérdőíveken és nem volt lényeges eltérés a két osztály kérdőívei között. A 7-es pontban szereplő egyéb magatartási és viselkedési zavarok közül a leggyakoribbak voltak: ingerlékenység, nyugtalanság, irigyebb magatartás, orvosoktól való félelem, enuresis. Bár a kérdőíven a látogatásra vonatkozó kérdés nem szerepelt, több szülő írta meg jó véleményét a naponkénti látogatásról.

Megbeszélés

A kórházi ápolás egyrészt lehetővé teszi a komplikáltabb, ill. súlyosabb esetek diagnosztikáját és gyógyítását, másrészt káros psychés hatást gyakorol a gyermekekre. A megszokott, biztonságos otthoni környezet helyett idegen, furcsa világban találja magát, ahol a betegségével járó kellemetlenségekhez további, rendszerint fájdalmas és számára értelmetlen beavatkozások társulnak. Nem elég pusztán a szervi betegség gyógyítása; az első perctől gondolni kell arra, miként csökkenthető a minimumra a kórház emotionálisan károsító hatása. Elsőrendű fontosságú természetesen az orvosok és nővérek viselkedése, az osztályon uralkodó általános hangulat és gyakorlat. Közismert a kórtermetek díszítő képek, rajzok, színes foltok feszültségcsökkentő hatása. Nagy segítséget jelentenek a játékcsoport-vezetők az osztályon, akik teljes munkaidejükben a kórházban ápolott gyermekek foglalkoztatását, figyelmének lekötését végzik. E téren komoly fejlődés megy jelenleg végbe és csekély anyagi áldozat árán alapvetően megváltoztatható egy-egy gyermekosztály életének nappali rutinja, hangulata.

Mindezek azonban nem teszik feleslegessé a gyermek szüleivel való kapcsolatának messzemenő támogatását. A jelenlegi látogatási rendszer klinikáinkon és kórházainkban heti néhány órára korlátozódik és a csecsemőosztályokon ez is csak az ablakon keresztül megmutatásra szorítkozik.

A gyakoribb látogatás ellen rendszerint felhozott érvek:

1. A látogatók fertőzéseket hurcolnak be.
2. A gyermeket felkavarja a látogatás.
3. Az osztály rendjét felborítja a látogatás.

Ad 1. Hasonlóan más szerzők korábbi tapasztalataihoz (5, 9), a kórházi fertőzések gyakoriságát mi sem találtuk lényegesen nagyobbak a naponta látogatott osztályon, mint a hetente egyszer látogatottnak (4,8% versus 3,6%). E csekély különbség jelentőségét csökkenti, az I-es osztály relatív súlyosabb beteganyaga. A varicellát kapott mind a 7 gyermek pl. leukaemiás volt és ketten közülük meghaltak a fertőzésben. E betegséget azonban csak mint kórtermi fertőzést kaphatták, hiszen az osztályt csak felnőttek látogatták. Közismert tény a leukaemiások, különösen az intenzív chemoterápiában részesülő leukaemiás betegek fogékony-sága a legkülönbözőbb fertőzésekre (4). Megjegyzendő, hogy a köztudatban mélyen gyökerezett meggyőződés a látogatók fertőzést behurcoló szerepéről erősen eltúlzott. Losonczy (3) vizsgálatai szerint „... Nemcsak massivan fertőzött azonban a kórházi környezet, ... hanem a pathogének közül

azok uralkodnak benne, amelyek a legresistensebbek és legvirulensebbek. Ezért úgy látszik, hogy a pathogén mikrobák áramlása intenzívebb a kórházból a külső környezetbe, mint fordítva ...”.

Ad 2. Psychologiai igazolt tény, hogy a látogatással járó átmeneti feszültség a gyermekben eltörpül ahhoz képest, amelyet a hosszan tartó separatio jelent számára (1). Kétségtelen, hogy a ritkán, vagy egyáltalán nem látogatott gyermek egy idő után megnyugszik és látszólag teljesen beilleszkedik a kórházi környezetbe. Az alapos megfigyelő számára azonban számtalan jel tanúskodik a gyermek gondolataiban, érzelmeiben végbemenő komoly konfliktusokról. Az ingerszegény, merev renddel dolgozó és már a szükséges beavatkozások miatt is kellemetlen környezet, amelyben a növények a létszámproblémák miatt az „anyahelyettesi” feladatokat a legjobb akarattal sem képesek ellátni, rendszerint szöges ellentétben van az otthon légkörével. A naponkénti látogatáskor gyakran előfordul, hogy a szülő távozásakor a gyermek keservesen sír. Ez azonban a gyermek számára normális feszültségvezető reakció, amelynek erőssége napról napra csökken, amint a gyermek megbizonyosodik arról, hogy másnap ismét találkozik szüleivel.

Kérdőíves vizsgálatainkban a kórházi ápolást követően magas arányban kaptunk psychés traumatizációra utaló válaszokat. Az I-es osztály esetében a kérdőívek 51,3%-ában, a II-es esetében 70,5%-ban szerepelt valamilyen psychés zavar. A vizsgált létszám relatív kicsiny volta miatt a két osztály kérdőívei közötti különbségből nem kívánunk messzemenő következtetéseket levonni, de tény, hogy a naponta látogatott osztályról távozott gyermekek között kevesebb probléma adódott. Mindkét csoportban a fejlődésben való visszaesés, agresszivitás és különböző félelmi reakciók voltak a leggyakoribbak.

Bár vizsgálatainkat gyermek belgyógyászati osztályokon végeztük, indokoltnak tűnik a látogatás kiterjesztése a csecsemőosztályokra is. E kor-

Kórházi társfertőzések összehasonlító vizsgálata

Osztály	I	II
Egy év alatt kezelt betegek száma	702	664
Összes társfertőzések száma	34 (4,8%)	24 (3,6%)
Ezen belül		
1. Felső légúti hurut	23	10
2. Tonsillitis follicularis	2	3
3. Pneumonia	1	—
4. Staphylococcus fert.	—	1
5. Varicella*	7	—
6. Scarletina	1	5
7. Parotitis	2	—
8. Dysenteria	1	1
9. Salmonellosis	—	1
10. Conjunctivitis	—	3
11. Gastroenteritis	4	—

A * -gal jelölt Varicella társfertőzéseket a statisztikai értékelésből kihagytuk, miután ez kórtermi fertőzésnek tekinthető és felnőtt látogatók nem hozzák be.

csoporthoz még nagyobb szüksége van a szoros anya-gyermek kapcsolatra, mint az idősebbeknek (7). A jelenlegi ablakon keresztül megmutatása a csecsemőknek, ill. kisdedeknek semmiképpen nem tölti be ezt a funkciót és inkább felizgatja mint megnyugtatja őket.

Ad 3. Eddigi, két éves tapasztalatunk alapján leszögezhetjük, hogy a naponkénti látogatás nem változtatja meg lényegesen az osztály addig kialakított rutinját. Bár természetesen eleinte voltak és sokszor most is vannak kisebb problémák, lényeges nézeteltérés a szülők és kórházi személyzet között nem adódott. Fontos, hogy az orvosok és nővérek közös álláspontot alakítsanak ki minden jelentős kérdésben és ezt képviseljék a szülők előtt. Klinikánkon az I-es osztályon az orvosok és nővérek részéről eleinte tapasztalt idegenkedés a gyakori látogatástól lassacskán eltűnt és mindenki megállapíthatta, hogy a gyermekek láthatóan jobban viselik el másnapig a várakozást, mint egy héttig, vagy bizonytalan ideig. Gond a messziről jött gyermek látogatása. Ezeknek viszont a nővér tud több figyelmet szentelni, éppen azért, mert a többiek szülei lekötik. A szülőket a gyermek felvételekor adott stencilezett papíron tájékoztatjuk az osztály rendjéről, a látogatás idejéről és hogy mit hozhatnak be gyermeküknek. Tapasztalataink szerint ez a rendszer jól biztosítja a szülők és orvosok, ill. nővérek közötti optimális kapcsolatot.

Összefoglalás. Szerzők a kórházi fertőzések és a kórházi ápolás okozta psychés problémák összehasonlító vizsgálatáról számolnak be, amelyet a klinika egyik (kísérletképpen) naponta látogatott

(I), és másik, hetente egyszer látogatott belgyógyászati osztályán (II) végeztek. A kórházi fertőzés gyakorisága az I-es osztályon 4,8‰, a II-esen 3,6‰ volt. A különbség részben a több felsőlégtűi hurutból, részben az ún. fertőző gyermekbetegségekből adódott. Míg az elsőben a naponkénti látogatás játszhat bizonyos szerepet, az utóbbiban az ki zárható.

A kórházi kezelést követően, az I-es osztályon feküdt gyermekek 51,3‰-ában jelentkezett valamilyen psychés probléma, míg a II-esen 70,5‰-ában. A leggyakoribb probléma az agresszívebb magatartás, félelmi reakciók és a psychés fejlődés korábbi szintre való visszaesése voltak.

A szerzők szerint a naponkénti látogatás beváltotta a hozzá fűzött reményeket: a gyermekek jobban viselték el a kórházi tartózkodással járó kellemetlenségeket és az otthonról való elszakadást.

Köszönetnyilvánítás. Szerzők hálás köszönetet mondanak Polcz Alaine dr. vezető psychologusnak, aki tanácsaival, ötleteivel és a kézirat átnézésével munkájukhoz igen nagy segítséget nyújtott.

IRODALOM: 1. Freud, A.: Lancet. 1949, 1, 784. — 2. Hárdi I.: Psychologia a betegágyánál. Medicina. 1972. p. 189. — 3. Losonczy Gy.: Iatrogen infekciók. Medicina. 1974. p. 62. — 4. Miller, S. P., Shranbrom, E.: Amer. J. Med. Sci. 1963, 246, 240. — 5. Moncrieff, A., Walton, A. M.: Brit. Med. J. 1952, 1, 44. — 6. Robertson, J.: Young children in hospital. 2nd Ed. Tavistock Publ., London, 1970. — 7. Schaffer, H. R., Calender, W. M.: J. Paediat. 1959, 24, 528. — 8. Spitz, R., Robertson, J., Heinicke, C.: Nursing Times. 1947, 49, 382. — 9. Watkins, A. G., Lewis-Fanning, E.: Brit. Med. J. 1949, 2, 616.



GLUDESIN fertőtlenítőszer

Baktericid, virusoid, sporocid és fungicid hatású általános fertőtlenítőszer.

ALKALMAZHATO:

- gumi- és műanyag katéterek, intratracheális tubusok, dráinak, egyéb gumi- és műanyag tárgyak,
- különféle endoszkópok (cystoscop, oesophangoscop, bronchoscop, gastroscop stb.),
- tonométerek és egyéb kényes szemészeti eszközök és műszerek,
- anaesthesiológiai gépi berendezések és ezek tartozékai,
- fogászati eszközök (öntvények, fúrók, tükrök stb.),
- audiológiai berendezések és ezek tartozékai, valamint inkubátorok mosható részeinek hatásos fertőtlenítésére.

Ara:

1 liter 58,- Ft
5 liter 264,- Ft

KERJE RESZLETES ISMERTETONKET



Gyártja:

Reanal

FINOMVEGYSZERGYÁR

1147 Budapest, Telepes u. 53.

Forgalmazza: REANAL Vegyszerbolt
1147 Budapest, Telepes u. 58-60.

PH

2357

Debreceni Orvostudományi Egyetem,
Bőr és Nemikórtani Klinika (igazgató: Nagy Endre dr.)

Kapillármikroszkópos vizsgálatok replantált ujjperecek egyesítése vonalában

Daróczy Pál dr. és Ladányi Józsa dr.*

A kéz ujjai a legfinomabb munka végzésére képesek, sőt érzékszervként is használhatók. A vakokat az ujjbegy felhasználásával, tapintás útján tanítják meg olvasni. Ezen sokoldalú funkció igényli, hogy a kézujjak sérülésének ellátására a sebész olyan módszert dolgozzon ki, mely az eredeti állapotot eredményezi. Az eddigi eljárások a körömperc baleset következtében történt lemetzése után vagy még jobban megrövidítik az ujjperc csontját és így képesek az épen maradt csontot lágyrésszel fedni, vagy újabb sebést kénytelenek ejteni azért, hogy a sérült csontot lágyrésszel boríthassák.

A Ladányi (6) által ajánlott ujjperc-replantációs eljárás előnye, hogy teljes vagy csaknem teljes gyógyulást biztosít, csak a meglevő sérülést látja el és újabb sértést nem okoz.

A körömperc bonyolult anatómiai szerkezete



1. ábra.
Felnőtt ujján történt replantatio után 10 nap múlva látható hajszálerek a varratvonalától proximálisan. 100×

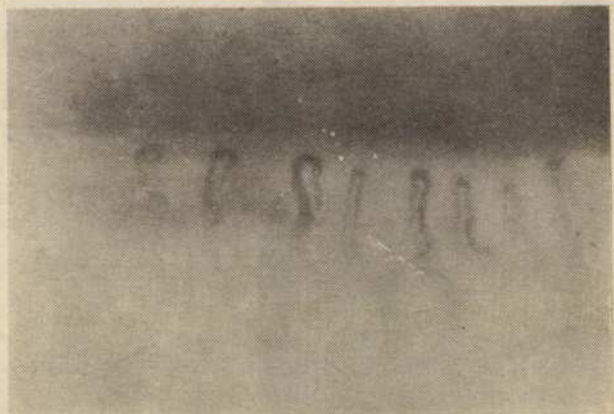


2. ábra.
Felnőtt ujján történt replantatio után 10 nap múlva látható kapillárisok a varratvonalától distálisan. 100×



3. ábra.
Gyermek replantált ujjának dorsális felszínén észlelt kapillárisok, a varratvonalától proximálisan, műtét után 2 hét múlva. 100×

miatt tökéletes morfológiai és funkcionális gyógyulást csak akkor érhetünk el, ha a keletkezett hiányt az eredetivel azonos jellegű és struktúrájú szövetrel pótoljuk. Ebből következik, hogy a legeredményesebb eljárás, ha a sérülés alkalmával



4. ábra.
Gyermek replantált ujjának dorsális felszínén látott kapillármikroszkópos kép, a varratvonalától proximálisan. Műtét után 3 hét múlva. 100×

* Ny. egyetemi tanár, az orvostudományok doktora.

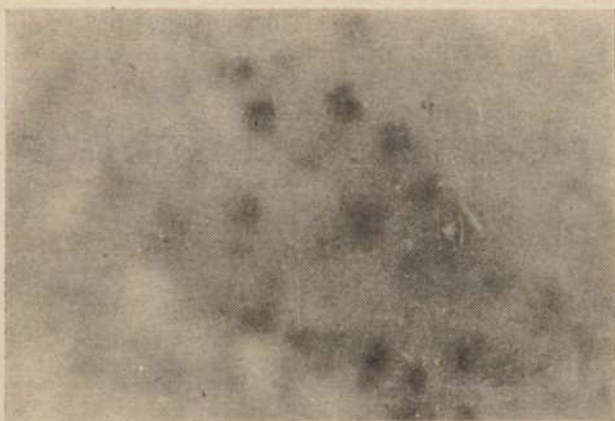


5. ábra.
Gyermek replantált ujjának dorsalis felszínén észlelt kapillármikroszkópos kép, a varratvonalától distálisan. Műtét után 4 hét múlva. 100×



6. ábra.
Gyermek replantált ujjának dorsalis felszínén látható kapillármikroszkópos kép, a varratvonalától proximálisan. Műtét után 6 hét múlva. 100×

lemetszett ujjbegyrészt — amely tartalmazza az idegvégződéseket, ereket és a Hoyer—Grosser-teszteket, vagyis az eredeti anatómiai és funkcionális egységet — visszavarrjuk. A siker további feltétele, hogy a visszavarrás lehetőleg a sérülést követő két órán belül megtörténjen és a sebfelszínnek



7. ábra.
Gyermek replantált ujjának dorsalis felszínén észlelt kapillármikroszkópos kép, a varratvonalától distálisan. Műtét után 6 hét múlva. 100×

2*

ne legyenek nagyon zúzottak. Utóbbi esetben a sebkimetszés után a lemetszett ujjrész megtapadása nem következik be. Ér- és idegvarrat nélkül a sebszéleket a lehető legpontosabban össze kell illeszteni. Így lehetővé válik, hogy a megfelelő nyirokutak és egyéb képletek megtalálják egymást.

Az ujjperc-replantáció későbbi eredményeit a mikrovaskularis anastomosisok biztosítják (2). E módszer kivitelezésének technikai feltételei nem mindenütt adóttak.

Az eddigi tapasztalatok bizonyították, hogy megfelelő indikáció mellett, a körömperc lemettszése esetén annak replantációja érvarrat nélkül is elvégezhető. *Ladányi* módszerének eredményeit külföldi szerzők (3, 5) is megerősítették.

A replantált ujjrész beidegzésének visszatérését klinikai utóvizsgálatok igazolták.

Kísérleti állatokban a replantált csontba beadott ^{131}J , ^{125}J és ^{24}Na izotóp a műtét után fél óra múlva áthaladt a varratvonalon (10). Ha az ember replantált ujjpercébe beadott J-izotóp a visszavarrás vonalán áthaladva a pajzsmirigyben detectálódik, ez a prognózis szempontjából test-ként használható (9, 11).

Oden (13) 1961-ben a bőr- és subcutan szövetből álló transzplantátumok nyirokereit vizsgálva megfigyelte, hogy a nyirokerekek túléltek az átültetést és eredeti orientációjukat megtartva, hamarosan összekapcsolódtak a befogadó hely nyirokereivel.

A kapillármikroszkópos vizsgálattal in vivo próbáltuk követni, hogy a replantáció után miként áll helyre a hajszálérkeringés folyamatossága. Ezen módszer az egyetlen olyan eljárás, mellyel a hajszálerek morfológiailag és funkcionálisan, in vivo vizsgálhatók.

A kapillármikroszkópos megfigyelést *Leitz—Wetzlar* gyártmányú Hautkapillarmikroskoppal végeztük, 100-szoros nagyításban. A hám transzparenciájának elősegítésére a vizsgálandó bőrfelületre egy csepp cédrusolajat cseppentettünk. A felvételeket oldalirányú megvilágításban Multiblitz Mikro készülékkel, 150 W/sec-mal készítettük (1).

A vizsgálatot műtét után 6 hétig, hetenként egy alkalommal megismételtük. A vizsgált esetek száma 10, ezek közül 4 felnőtt és 6 gyermek.

Eredmények

Műtét után 7—10 nap múlva a replantációs varratvonalától proximálisan nagyszámú, a varratvonal irányába előnyomuló hajszálérket észleltünk (1. ábra), melyek többsége szabálytalanul csavarodott, változó kaliberű volt. Az észlelt kapillárisok általában olyan esetekben fordulnak elő, amikor a hám vagy az írha valamilyen ok következtében fokozott növekedésnek indul, kiszélesedik (így pl. a nagymértékű akantosisissal járó psoriasisos plaque területében). A varratvonalától distálisan csak elvétve láttunk szabálytalan alakú hajszálereket (2. ábra), melyekben azonban a vér alakos elemeinek szabályos keringését figyeltük meg.

Gyermek replantált ujjpercének dorsalis felszínében (3. ábra) műtét után két hét múlva az előbbihez hasonló, de kevésbé szabályos alakú ka-

pillárisokat észleltünk a varratvonal irányába előnyomulni.

Egy másik gyermek esetében a varratvonalától proximálisan (4. ábra) csaknem szabályos hajtű alakú kapillárisokat figyeltünk meg. A varratvonalától distálisan tágult, a bőrfelszínre merőleges irányban lefutó, kissé csavarodott kapilláris kacsok áthajlási ívei jelentek meg (5. ábra) műtét után négy hét múlva. A látható hajszálerekben a vér alakelemeinek áramlása szabályos volt.

Műtét után hat hét múlva megismételt vizsgálat alkalmával gyermekbetegünk esetében a varratvonalától proximálisan (6. ábra) és distálisan (7. ábra) az előbbihez hasonló hajszálérképződményeket láttunk.

A bemutatott felvételeken a sötét területek a műtéti beavatkozás helyének felelnek meg, ahol a szövetek nehezen vagy alig világíthatók át, így érkepletek nem látszanak.

A kapillármikroszkópos vizsgálat előnye, hogy nemcsak a hajszálerek alakja, morfológiai változása figyelhető meg, hanem a keringés folyamata is látható. Vizsgált betegeink replantált végtagrészeiben, a varratvonalától distálisan élő, működő kapillárisok voltak, melyek biztosították a replantátum életben maradását, majd a későbbiek folyamán a funkció visszanyerését. Elősegítették a replantátum életben maradását a varratvonalától proximálisan a replantátum irányába előnyomuló, feltehetően újdonszerűen képződött hajszálerek.

Kapillármikroszkópos vizsgálatot emberen először 1879-ben végeztek (4) ajaknyálkahártyán. A kapillárisok élettani és kórtani kérdéseivel kapcsos-

latos kutatások 1916-ban indultak meg (12). Replantátumok vizsgálatának céljára ezen lehetőség-ről sebészek az általunk elérhető irodalomban egy esetben tettek említést (2), de nem számoltak be róla. Saját vizsgálatainkat ujjperc-replantált betegeken 1960-ban kezdtük el. Minthogy az általunk ismert irodalomban hasonló vizsgálatot rögzítő képeket nem találtunk, következtetést csak saját eseteink összehasonlítása alapján vonhattunk le.

Összefoglalás. Szerzők baleset kapcsán lemetezett és replantált ujjpercek egyesítési területét kapillármikroszkóppal vizsgálták és képeken rögzítették az erek viselkedését a gyógyulás során.

IRODALOM: 1. Daróczy P.: A végtagok bőrének microcirculatioja különböző bőrbetegségekből. Kandidátusi értekezés. Debrecen, 1974. — 2. Douglas, B.: Plast. Reconstr. Surg. 1959, 23, 213. — 3. Hainzl, J.: Chirurgie der Hand und Armverletzungen. Berlin. Verl. Volk u. Gesundheit. 1957. — 4. Hueter, G.: Zbl. med. Wiss. 1879, 17, 225. — 5. Iselin, H.: Chirurgie de la main. Masson, Paris, 1954. (Személyes közlés: Róma, kerekasztal-konferencia, 1960.) — 6. Ladányi J.: Honvéddorvos. IV. 1952, 5, 498. — 7. Ladányi J., Tompa Gy.: Acta morph. Hung. 1956, VV/2, 101. — 8. Ladányi J., Kós R.: Acta Chir. Plast. 1961, 3, 278. — 9. Ladányi J.: Kísérletes és klinikai adatok az ujjperc replantációhoz. Doktori értekezés. Debrecen, 1965. — 10. Ladányi J., Kertész L., Tompa Gy., Gyöngyössi G.: Radiologia diagnostica. 1966. 7. — 11. Ladányi J.: Trapianto delle falange del dito. Minerva Medicina. 1970, 3, 61. (Simmelweis ünnepi szám, Torino.) — 12. Müller, O.: Die feine Blutgefäße des Menschen. Ferd. Enke, Stuttgart, 1939. — 13. Oden, B.: Acta chirurg. scand. 1961. Suppl. 4. (Experimental microlymphangiography.)



Nőgyógyászati műszerek és készülékek

KIÁLLÍTÁSA

az OMKER új bemutatótermében

(Budapest VI., Népköztársaság útja 36.)

1976. szeptember 27 – október 1-ig

naponta 9 – 16 óráig

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
I. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Magyar Imre dr.)

Endoscopos retrograd pancreatographia pancreas-pseudocysták esetén

Papp János dr., Tulassay Zsolt dr.,
Bielawski János dr., Homoki Ilona dr.,
Kollin Eva dr.

Acut pancreatitist követően a hasnyálmirigy parenchymájában — az esetek egy részében — szövethalál, necrosis következtében, önálló hámbéléssel nem rendelkező, szövettörmelék és pancreas pseudocysta. Diagnózis, ha a klinikai kép típusos és a pseudocysta nagy, a hagyományos módszerekkel sem nehéz. Kis pseudocystát azonban, amely acut recidiváló pancreatitisek oka lehet, nehéz kimutatni.

Az endoscopos retrograd cholangio-pancreatographia (ERCP) (2, 3) bevezetése óta gyakran szerepel a diagnózisok között a pancreas pseudocystája (1, 4, 5) — az általunk végzett pancreatographiák mintegy 7%-ában. Felfedezésük két szempontból is különös jelentőségű: egyrészt műtéti megoldásukkal hosszú ideje tartó panaszokat lehet megszüntetni, másrészt éppen a pancreas pseudocysták esetén az endoscopos retrograd pancreatographia komoly szövődeményekkel járhat.

Beteganyag

460 retrograd cholangio-pancreatographia során 324 esetben ábrázoltuk a pancreas-vezetékét és 23 betegben állítottuk fel a pancreas pseudocysta diagnózisát. A vizsgálat indikációja 15 beteg esetében acut vagy chronicus recidiváló pancreatitis, illetve 8 esetben chronicus pancreas-betegsége jellemző hasi fájdalom, exocrin insufficienciára utaló tünetek voltak. A 23 pseudocysta eset közül 20-ban történt műtét, amely 16 beteg megerősítette a retrograd pancreatographiás leletet. Az eseteket utólag ismét értékelve a négy téves diagnózis oka: két alkalommal a pancreas egy részletének alakatlan töcsének látszó igen erős parenchymás telődése, egy további esetben szövetszerkezettel járó pancreas carcinoma, amely utánazta a pseudocystát, negyedik esetünkben pedig a képet a műtéti lelet ellenére továbbra is pancreas cystának vagy pseudocystának tartjuk.

Egy betegünkön hamisan negatív volt a retrograd pancreatographia eredménye — papillastenosis, krónikus pancreatitist tételeztünk fel és a sebész pseudocystát talált.

A továbbiakban a 16, műtéttel megerősített és az egy, csak műtéttel megtalált pseudocystával foglalkozunk.

Eredmények

Az anyagunkban előforduló és a következőkben felsorolt retrograd pancreatogramm típusok közül az 1. pancreas pseudocystára jellemző, a 2. és 3. pedig felvetheti annak gyanúját.

1. Kitelődő, kisebb-nagyobb, szabályos vagy szabálytalan alakú üreg vagy csak önmagában vagy az oda- és elvezető vezetékcsakasszal együtt. A 17 betegből 11-ben — tehát többségükben — ilyen típusú röntgenkép volt látható. A pseudocysta 7 esetben a pancreas fejében (1/a és b ábra), 4 esetben a farkában ábrázolódott (2/a és b ábra). A pseudocysták nagysága, átmérője 2–15 cm, de nagyobbbrészt 4–5 cm.
2. A második csoportra a hirtelen megszakadó vezeték jellemző — 4 ilyen beteget találtunk, mind a 4 esetben a stop a pancreas testében volt.
3. Végül 2 pancreatogrammon a vezeték lassan, fokozatosan szűkül — ezek egyike az az eset, amelyet nem a pancreatographia, hanem a műtét tisztázott.

A pseudocysták lokalizációját a 3. ábra mutatja be.

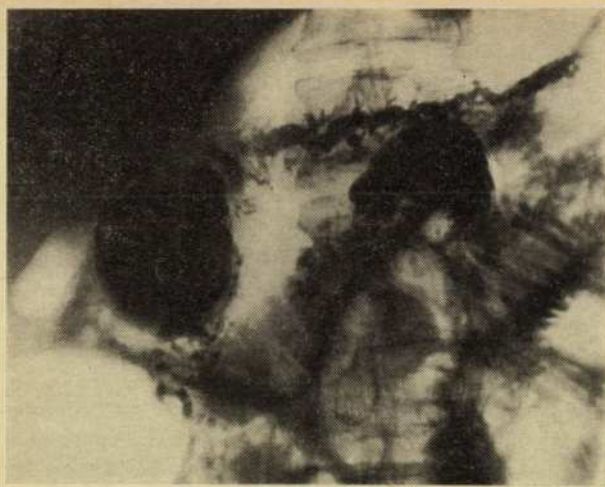
A pancreas-vezeték kontrasztanyaggal történő feltöltése után a kontrasztanyag körülbelül 30–60 másodpercen belül kiürül. A pancreatographiát az esetek többségében mérsékelt serum, illetve vizelet amylase szint emelkedés kíséri, de praeformált üreg hiányában septicus szövődemények nincsenek. Pseudocysta esetén azonban — mint a mi anyagunkban is — éppen a septicus szövődemények gyakoriak.

A komplikációkat tekintetbe véve, a tárgyalt 17 eset 3 csoportra osztható:

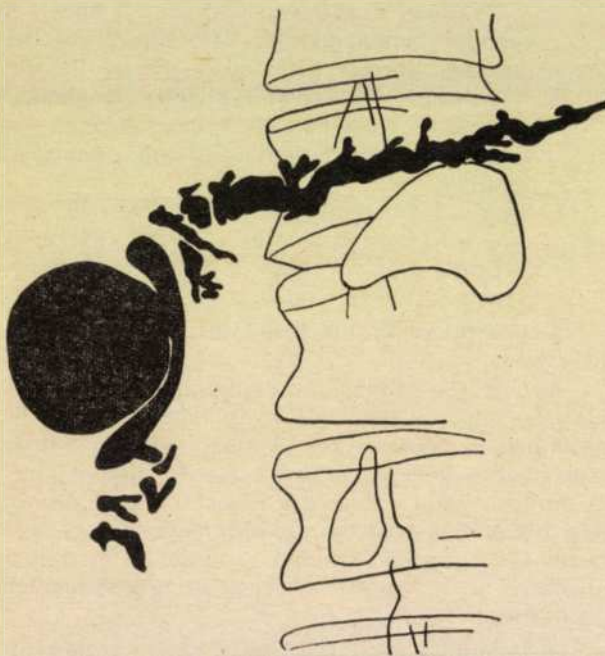
1. Pancreas abscessus esetén végzett pancreatographiák (2 beteg).
2. Szövődémmel járó pancreatographiák pancreas pseudocystában (7 beteg).
3. Szövődemény nélküli pseudocysta ábrázolások (8 beteg).

Az első csoportba tartozó két beteg már a vizsgálat előtt lázas volt és a klinikai adatok alapján valószínű, hogy az endoscopos retrograd pancreatographia elvégzésének időpontjában eleve tályog volt a hasnyálmirigyben. Közülük egyben a műtét a vizsgálatot követő napon történt (óriási, a kismedencébe leérő tályogot találtak, a duodenum fala is nekrotizált). Az operáció után néhány nappal a beteg diffúz peritonitis tünetei között meghalt.

A második csoporthoz tartozó 7 esetben a vizsgálatot követő 1–7. napon (legtöbbször 2–3 nappal a retrograd pancreatographia után) láz, septicus tünetek kezdődtek és a műtét elvégzésének időpontjában a sebész a feltelődő üregnek



1/a. ábra.
Pancreas pseudocysta a hasnyálmirigy fejében



1/b. ábra.
Az 1/a ábra vázlatos rajza

megfelelően abscessust talált. Közülük kettőben az operáció után 1, illetve $3\frac{1}{2}$ hónappal septicus tünetek közepette következett be a halál — a boncolás az egyik esetben hasi tályogot, másik esetben a májban mikroabscessusokat tárt fel. A második csoportba tartozó betegek közül egyben sem történt műtét a vizsgálatot követő 24 órán belül (3 nap — $3\frac{1}{2}$ hónap telt el a vizsgálat és a műtét között, de leggyakrabban 1—3 hét).

A harmadik csoportba tartozó 8 betegen a vizsgálatnak nem volt szövődménye, közülük egyben szintén abscessust találtak a műtét során. Ebben a csoportban is csupán egy betegen történt operáció a retrograd pancreatographiát követő 24 órán belül — a pseudocystát teljes egészében sikerült eltávolítani, a beteg szövődménymentesen gyógyult.

A műtét időpontját és a szövődmények lefo-lyását szemlélteti az egyes esetekben a 4. ábra.

Logikus volna feltételezni, hogy elsősorban azokban az esetekben észlelhetők septicus szövődmények, amelyekben a pseudocysta ürege kontrasztanyaggal telődött, míg a csak indirekt jelek (stop, fokozatos szűkület) alapján diagnosztizált esetekben a pseudocysta nem alakul át tályoggá. A mi anyagunkban ez nem erősíthető meg. A kontrasztanyaggal telődött 11 pseudocysta közül 5-ben, míg a 6 másik beteg közül, akikben pseudocysta telődés nem volt, 4 esetben láttunk septicus szövődményeket.

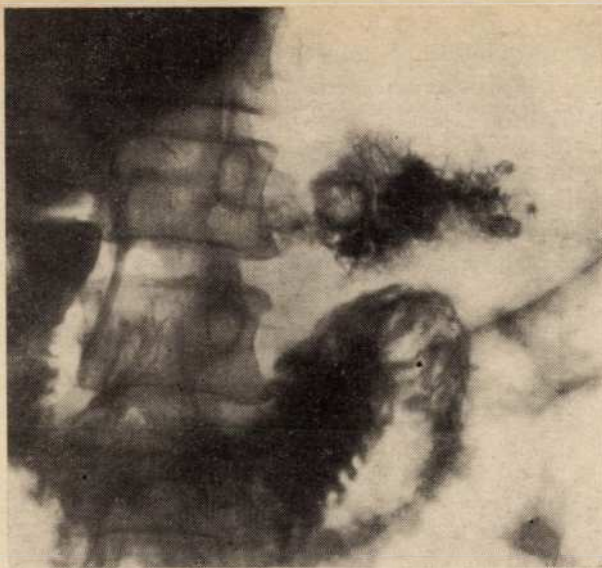
Megbeszélés

Acut recidiváló pancreatitisek okának keresésekor vagy ismeretlen eredetű hasnyálmirigy-betegségek esetén végzett vizsgálatok során a retrograd pancreatographia viszonylag gyakran pancreas pseudocystát derít fel. Az álpozitív diagnózisok a vizsgálati technika javításával elkerülhetők. Ha a katétert nem toljuk fel túlságosan, tehát 2—3 cm-nél nem magasabbra, és viszonylag kevés kontrasztanyagot fecskendezünk be, a pseudocystát utánzó igen intenzív parenchyma-telődés nem jön létre. Nehéz a helyes diagnózis felállítása akkor, ha üreg nem telődik és csak indirekt tünetekre vagyunk utalva. Stopot, illetve a vezeték fokozatos szűkületét más pancreas-betegségek (tumor, esetleg fibrosis) is létrehozhatnak, ezekben az esetekben a diagnózis felállításához csupán a pancreatogramm értékelése nem elegendő, a klinikai kép figyelembevétele, az adatok együttes értékelése elengedhetetlen.

A műtéttel igazolt pseudocysták közel kétharmadában az üreg telődött kontrasztanyaggal, csupán 6 esetben voltunk indirekt tünetekre utalva. Pseudocysta közel egyenlő gyakorisággal fordult elő a hasnyálmirigy fejében, testében, illetve farkában.

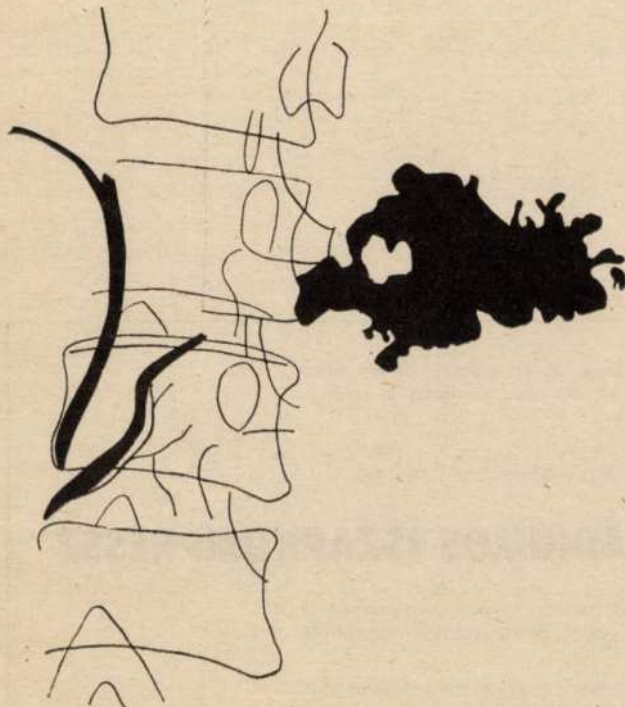
Az irodalmi adatokkal (1, 4, 5) megegyezően eseteinkben is gyakoriak voltak a septicus szövődmények. Az endoscop nem sterilizálható, így a rajta átvezetett katéter sem steril. A már preformált tályogüregbe az abscessus, a septicus tünetek kialakulásához csak a mikroorganizmusok beoltása hiányzik. Ez lehet az oka a betegek több mint felében megfigyelhető szövődménynek, amely leggyorsabban úgy volna elkerülhető, ha pancreas pseudocysta gyanújában nem végeznénk retrograd pancreatographiát. Ezt az elvet követve több esetben nem végeztük el a vizsgálatot, ha a rendelkezésünkre álló adatok elég egyértelműen pseudocysta mellett szóltak. Tapasztalatunk szerint a vizsgálat feltétlenül kontraindikált, ha már előbb is septicus tünetek észlelhetők. Két ilyen esetünk közül az egyik beteg röviddel a műtét után (bár nem feltétlenül a retrograd pancreatographia következtében) meghalt. Acut recidiváló pancreatitis vagy ismeretlen természetű pancreas-betegség esetén azonban többször nem várt módon derült ki pancreas pseudocysta a panaszok, tünetek, recidivák hátterében. A vizsgálatnál olyan kisméretű pseudocysták is kimutathatók, amelyek más vizsgálómódszer számára rejtve maradnak.

Úgy véljük, hogy ezekben a váratlanul kide-



2/a. ábra.

Pancreas pseudocysta a hasnyálmirigy farkában



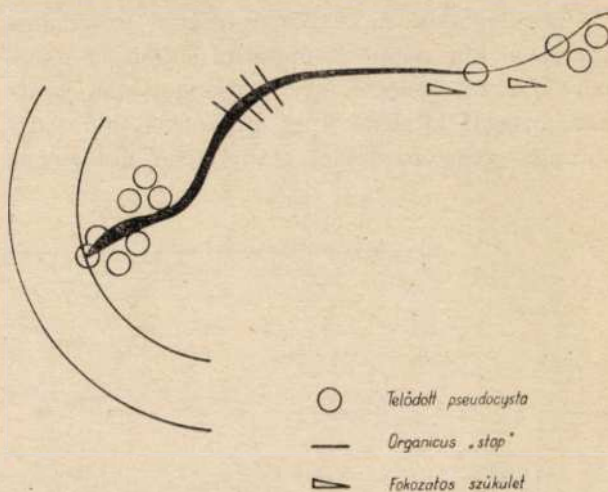
2/b. ábra.

A 2/a ábra vázlatos rajza

rült pseudocystákban sem szükségszerű a vizsgálatot követő septicus szövődmény; korai, a retrograd pancreatographiát legfeljebb 24 órán belül követő műtéttel az abscessus kialakulása megelőzhető. Ilyen korai műtét betegeink közül mindössze kettőn történt — az egyik esetben szövődmény nem volt, a másikban már eleve tályogot ábrázoltunk, amely a korai műtét ellenére is letális kimenetelű volt. Mint az előzőekben említettük, valamennyi komplikációval járó pancreatographia esetén az operáció legkorábban 3 nap múlva történt, de általában 1—3 héttel a vizsgálat után. 3 esetben műtétet egyáltalán nem is végeztek, ezek anyagunkban nem szerepelnek.

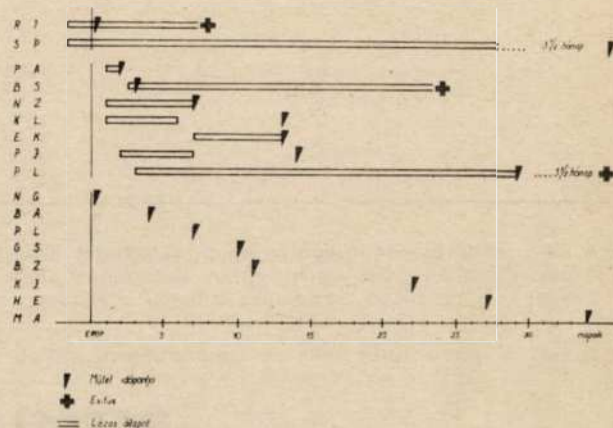
Levonható tapasztalatok

1. Az endoscopos retrograd pancreatographia pancreas pseudocysták kimutatására alkalmas módszer.



3. ábra.

A különböző típusú pseudocysták elhelyezkedése a pancreasban



4. ábra.

Az endoscopos retrograd cholangio-pancreatographia (ERCP) idejének, a szövődmények időtartamának és a műtét időpontjának viszonya

2. Közvetlen pseudocysta-telődés csak az esetek kb. kétharmadában várható, a fennmaradó egyharmadában indirekt röntgenmorphologiai jelekre vagyunk utalva és csak a klinikai adatok ismeretében állítható fel a diagnosis.
3. A vizsgálatok mintegy felében a pancreatographiát követően septicus szövődmények várhatók amelyek olykor igen súlyosak is lehetnek.
4. Ezen septicus szövődmények kitelődött, illetve a csak indirekt tünetek alapján felismert pseudocystákban egyaránt előfordulnak.
5. A vizsgálatot azonnal, de legkésőbb 24 órán belül követő műtéttel a szövődmények talán elkerülhetők. A korai műtét annál is inkább indokolt, mivel a pancreas pseudo-

cysták mindenképpen sebészi megoldást igényelnek.

6. Már meglevő septicus tünetek esetén a vizsgálat ellenjavallt.

Összefoglalás. A szerzők retrograd pancreatographiával kimutatott és műtéttel igazolt 17 pseudocysta esetet ismertetnek. A pseudocysták kontrastanyaggal kitelődő üreg, organicus stop vagy fokozatos vezetékszűkület formájában ábrázolód-

nak. A vizsgálatot az esetek felében súlyos septicus szövődmények követték. A szövődmények elkerülése érdekében a vizsgálatot követő korai műtét javasolt.

IRODALOM: 1. Anacker, H. és mtsai: Fortschr. Röntgenstr. 1972, 117, 418. — 2. Classen, M. és mtsai: Leber, Magen, Darm. 1972, 2, 79. — 3. Sáfrány L.: Schweiz. med. Wschr. 1972, 102, 872. — 4. Seifert, E. és mtsai: Endoscop. 1974, 6, 77. — 5. Stender, H. és mtsai: Fortschr. Röntgenstr. 1974, 3, 253.

A ritka természeti adottságok alapján keletkezett gyógyforrások, gyógyiszapok széles körű felhasználásának gátat vet a helyhez kötöttség. Ezen segítünk oly módon, hogy a gyógyiszapot kompresszekbe csomagolva a beteg otthonába visszük.

A már jól ismert hévízi rádiumos iszapkompressz mellett a gyógyszertárakban kapható:

„MAROSI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ”

Az Országos Közegészségügyi Intézet vizsgálatai alapján a marosi gyógyiszapkompressz forgalomba hozatalát az Egészségügyi Minisztérium engedélyezte. A vizsgálatok igazolták, hogy a marosi iszap hatásában azonos a hévízi iszapéval.

A peloidok indikációs területe elsősorban a subcut és krónikus mozgásszervi folyamatok esetében van. Indikációs területe széles. Iszapkezeléseket alkalmazhatunk: arthrosisok, krónikus izom- és perifériás idegbetegségek, arthralgiák, krónikus arthropathiák, M. Bechterew, fibrositisek, arthritis urica rohammentes időszakában, tendovaginitisek, posttraumás állapot, baleseti sérülések utókezelésére.

Acut folyamatokban alkalmazásuk kontraindikált, mivel az intenzív melegítés aktiválólólag hat a folyamatokra. Kontraindikált ezenkívül cardialis decompensatio, hypertonia, súlyos bőrbetegségek, nyílt sérülés, rosszindulatú tumor, láz, fertőző betegségek esetén.

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján a szakrendelések minden megkötöttség nélkül rendelhetik.

A marosi iszapkompressz ötféle alakban van forgalomban, így számozás szerint az alábbi testrészekre applikálható:

- I. sz. hát – váll, felkar – mell
- II. sz. derék – végtag
- III. sz. lábfej – boka (csizma)
- IV. sz. kézfej – csukló
- V. sz. has (főleg gynekológiai területen)



A szervesoldószer abusus esetei psichiatriai osztályon

Arató Mihály dr., Erdős András dr.
és Kasánszky Emőke

A nyugati szakirodalomban mintegy 20 éve jelentek meg az első beszámolók egy újabb kábítószerhullám jelentkezéséről. A serdülő korú fiatalok egyes csoportjai szerves oldószerek gőzeit szívták be hangulatemelő és élvezeti szerként (5, 14). Ezekhez az anyagokhoz általában tubusos vagy más kiszerelésű ragasztók, illetve a későbbiekben hígitók, folttisztítók, lakkok és aerosolok útján jutottak. A külföldi irodalomban ez a jelenség „glue sniffing” néven jelent meg. Hazánkban „oldószerekkel való visszaélésként” *Kisszékelyi és mtsai* ismertették részletesen ezt az új toxicomaniát és beszámoltak magyarországi felbukkanásáról (8). Felhívták a figyelmet a jelenség epidemiaszerű terjedésére és fokozott társadalmi veszélyére, valamint sürgették a prevenció megszervezését. A közelmúltban *Kolos és mtsai*, valamint *Juhász Erzsébet* számoltak be „pálmázó” (ragasztószerszívó) fiatalok pszichológiai vizsgálatáról (6, 9). A probléma súlyosságát alátámasztja a nagyszámú, egyébként egészséges fiatalok tragikus halála. Megdöbbentő adat, hogy 1968-ban Japánban 104 személy halt meg akut szerves oldószermérgezés következtében (2). *Bass* 1971-es közleményében 110 aerosolt szívó amerikai fiatal hirtelen halálesetét elemzi (1). Közös vonás volt, hogy szippantás közben pánikos izgalmi állapot lépett fel, rohanni kezdtek és 50–100 méter futás után holtan estek össze. A boncolásnál semmiféle anatómiai elváltozás nem volt kimutatható. Az első magyarországi halálesetről *Kenyeres és mtsai* számoltak be 1974-ben az Orvosi Hetilapban (7).

Esetismertetések

Az Országos Ideg és Elmegyógyászati Intézet III/A férfi osztályára az elmúlt évben 5 ragasztószert szívó fiatal került felvételle: mind az 5 Budapest XXI. és XXII. kerületéből. Eseteink néhány jellemző vonását a következőkben ismertetjük.

1. F. I., 16 éves gimnáziumi tanuló. Közepes tanulmányi eredményű. Rendezettnak tűnő családi körülmények. Apja szakmunkás, anyja adminisztrátor. Egy testvére van. Praemorbida személyiség: visszahúzódó, befeléforduló, kapcsolatteremtésre nehezen képes. Ideggondozó utalta be organicus psychosyndroma?, psychosis?, ragasztó?? diagnózisokkal. A beteg szülei vitték az ideggondozóba, mivel minden különösebb előzmény nélkül rendkívül zavarttá, nyug-

talanná vált, szemmel láthatóan hallucinált. Felvételeire lényegében minden szempontból negatív psychés státusszal került, hallucinációt már nem észleltünk. Mind a beutaló orvossal, mind a kórházi kivizsgálás első 4 napján határozottan tagadta a ragasztószerszívat. Tekintettel anisocoriájára (mint később kiderült, congenitalis), organikus irányban kezdtük vizsgálni. A vizsgálatok kellemetlensége sem készítette arra, hogy beismerje az állapotot kiváltó okot. A negatív vizsgálati eredmények ismeretében (EEG, Echo EG, fundus, liquor, rutin laboratóriumi leletek) az ismételt beszélgetések egyikén mintegy titokként közölte a ragasztószerszívat. Eddigi magatartását a büntetéstől való félelemmel indokolta. Röviddel felvételét megelőzően az iskolában megjelent a rendőrség egy kiküldöttje, aki közölte a gyerekekkel, hogy a ragasztószerszívat a társadalomra rendkívül veszélyes, és éreztette az esetleges büntetést. Elmondása szerint az iskolában, valamint baráti összejöveteleken, alkalmanként nylonzacskóba nyomott Palma Rekord ragasztó gőzét szippantották be, a büntetést kilátásba helyező felvilágosítás ellenére is. Betegünk ebben különösebb élvezetet nem talált, csak társait utánozta.

2. K. S., 17 éves ipari tanuló. Egyetlen életvezetési, csavargó életmódot folytat, rendezetlen családi körülményekkel. 7 testvére van, szülei elváltak, nevelőapja alkoholista, aki a beteg sorsával sohasem törődött. 3 éve nevelőintézetben él. Esetkocsi szállította be osztályunkra zavart, nyugtalan magatartással, suicidium veszélye miatt. Felvételkor desorientált, a szituációt félreismeri. „Mentem az utcán, a fák elkezdtek futni utánam, egyik közülük kivált, a halál maszkja volt rajta, ordította, hogy na most elkaplak.” „Az egész falu üldözött, az egyiket sikerült is felrobbantanom, úgy szedték össze a darabjait, én nagyon félttem, felmásztam egy háztetőre.” A beteget egy hatemeletes ház tetejéről a lakók szedték le, amikor leugrani készült. Osztályunkon másnapra tudata feltisztult, nyugodtan, rendezetten viselkedett. Neurológiai statusa negatív volt. Rákérdezésre beszámolt róla, hogy előző nap 3 tubus Palma Rekord ragasztó gőzét inhalálta nylonzacskóból. Elmondja, hogy rendszeresen — hetenként egy-két alkalommal — társaiszívó szívónak „kellemes élmények szerzéséért”, bár beszámol időnkénti rémalakok megjelenéséről is. Alkalmanként, ha hozzájut, Parkan tablettát is vesz be alkohollal együtt.

3. B. I., 18 éves szakközépiskolai tanuló. Szülei szakmunkások. Megfelelő anyagi és lakáskörülmények. Egyetlen gyermek, közepes tanuló. Éretlen személyiség, fokozott érzékenységgel és élményigénnyel. Ideggondozó utalta be: „Exogen psychotikus reakció” kóriszmével. „2 hete szorong, tanácstalan, elbizonytalanodott, hallucinál.” Felvételkor tisztá tudatú, orientált, nyugodt, rendezett magatartású. Neurológiai statusa negatív. Elmondása szerint egy éve szív társaiszívó Palma ragasztót alkalmanként. Fél évvel jelenlegi felvétele előtt szívást követően paranoid tünetek, félelmek jelentkeztek nála, amelyek ambuláns kezelésre megszűntek. A ragasztószerszívat tovább folytatta kellemes hallucinatoros élmények elérése céljából. Az esetek egy részében azonban súlyos szorongás, nyomasztó hallucinációk is jelentkeztek.

4. R. R., 22 éves segéd munkás. Apja mérnök, anyja háztartásbeli. Egy testvére van. Saját családi házukban laknak. Családi körülményei felszínesen rendezettnak tűnnek, a beteg megvetően „kispolgárnak” mondja, velük semmilyen közösséget nem vállal. Kitűnő eredménnyel érettségizett. Utána munkahelyét sűrűn váltogatta, gyakran nem is dolgozott, szülei tartották el. Kialakulatlan személyiség, sodródó, állhatatlan, affectlabil, kitartó teljesítményre képtelen. Ragasztószerszívat követően teátrális suicid kísérletet követett el nyilvános helyen. A Korányi-kórházról szállították osztályunkra. Vizsgálata során derült fény arra, hogy több mint két éve szív — általában házi bulikon — társaiszívó együtt Palma ragasztót. Ezenkívül egyéb hallucinogen szereket is rendszeresen szed (Parkan, Gracidin—Codein kombináció). Beszámol róla, hogy míg az említett drogok hatásának

fokozásához általában alkoholt is fogyasztanak, a ragasztószerszívánál erre nincs szükség, ez önmagában is biztosítja a kellemes élményt. Osztályunkra kerülésekor pszichés statusza már rendeződött, neurológiai eltérést nem észleltünk.

5. K. G., 23 éves könyvtári dolgozó. Apja katonatiszt, anyja állatorvos. Szülei gyerekkorában elváltak, anyja neveli jó anyagi körülmények között. Erősen elkényeztetni az egyetlen gyermeket, gyakori magatartási kisiklásait elsimítani igyekezve. Középiskolából botrányokozás miatt kicsapták, majd másik gimnáziumban érettségizett jeles eredménnyel. III. éves korában eltávolították a Közgazdasági Egyetemről rendszeres ragasztószerszívás miatt. A Korányi-kórház baleseti belgyógyászati osztálya helyezte át akut szerves oldószermérgezés után. Felvételnél tiszta tudatú, orientált, nyugodt, konvencionális magatartású. Előzőleg már két alkalommal kezelték más pszichiátriai osztályon toxicomania diagnózissal. Kb. 4 éve szív rendszeresen különböző szerves oldószereket. Kíváncsiságból kezdte egy házibulin társai példáját követve. „Nekem az az isten, aki ezt megmutatta. A szípu csal, nem a valóságot mutatja, minden olyan gyönyörű és színes.” Részletesen beszámol „ragasztós” élményeiről. „Hát szóval úgy van ez, hogy az ember van egy lányával és egyre közelebb kerülnek egymáshoz, és egyszerre felkerülnek a csillárra, és a lány egyre nagyobb lesz és egyre türkiskékkebb és egyre áttetszőbb, én meg kisebb és áramvonalasabb. És úszik egy lángvörös hajó a kékeszöld tengeren és mi vagyunk rajta. A partokról a színes indiánfejek villognak és akkor az egész összeomlik.” Magát a szípuzás magyarországi apostolának tartja, erről lemondani semmilyen körülmények között sem hajlandó. Ezt a konvenciók, a kispolgári életmód, a rend elleni lázadásnak tünteti fel, kiegészítve a divatos nyugati filozófiák zavaros felhasználásával. Hatheti kezelés után bocsátottuk el. Három hét múlva ismét felvételre került extrém mértékű oldószerszívás miatt. Felvételnél kusza tudatállapot, fellazult asszociációk, zavart, nyugtalan magatartás, felhangoltság, akusztikus és vizuális hallucinációk voltak észlelhetők. A tünetek két nap alatt fokozatosan szűntek meg. A kórházban is minden lehetőséget megkísérelt bármilyen oldószer megszerzésére, sőt szípu társai is próbáltak ismételt különböző szereket becsempészni hozzá. Ilyen stádiumában a bírói szemle határozata alapján kellett elbocsátanunk, mivel az önkéntes elvonókezelést természetesen azonnal elutasította. Tudomásunk szerint már elbocsátása napjától rendszeresen szív.

Psychológiai vizsgálatok

A fenti betegek végzett psychológiai vizsgálatok — MAWI, Rorschach — eredményeiből csak azokat az intellektuális és személyiségmozzanatok emeljük ki, amelyek összehangzása mindegyik vizsgálati személyre jellemzőnek tűnik.

Négy vizsgálati személy esetében (K. S. kivételével) feltűnő a nagyon magas intelligencia színvonal — IQ = 126, 123, 120, 116 —, ezenbelül a produktivitás egyenlőtlensége. Alacsonyabb színvonalat azokban a próbákban érnek el, amelyekben a feladat elvégzéséhez józan, praktikus végig gondolásra volna szükség. Az intelligenciavizsgálat szellemi hanyatlásra egyikük esetében sem utal.

A személyiségvizsgáló tesztek psychotikus folyamatnak sem fennállására, sem esetleges kibontakozásának lehetőségére nem adnak támpontot. Élénk képzettségű, nagy fantáziaéletű személyek, akiknek gondolkodását a fantázia hatása fegyelmetlenné teszi. Ki kell emelnünk fokozott kontaktusigényüket, amelyet adaequat módon nem képesek realizálni — egyrészt érzelmi labilitásuk,

másrészt önérzeti, önértékelési sebezhetőségük miatt. Igen nagy feszültséggel rendelkező személyek. Feszültségük agresszív színezetű, amit nem ellensúlyoz sem konvencionális, sem lelkiismereti fék. Jellemzőek még az „énes törekvések”, narcisztikus beállítottság.

Az eddig felsorolt személyiségjegyek együttese akadályozhatja meg őket abban, hogy képességeiket alkotó módon valósíthassák meg. Azt a fokozott igényüket, hogy személyiségüket kiterjeszthessék, csak destruktív lázadásban és a kábítószert nyújtotta pótkielégülésben képesek elérni.

A betegeinken észlelt egyéb személyiségjegyeket — így például F. I. extrém introverzióját vagy K. G. hiszteroid vonásait — nem tartjuk általánosnak és jellemzőnek a jelenség szempontjából.

Megbeszélés

A szervesoldószer-abusus hazai kétségtelen terjedését mutatja az, hogy pszichiátriai osztályunkon megjelentek a ragasztószer-élvezés psychotikus szövődményei. Az elmúlt év során 5 fiatal került felvételre exogen típusú psychosis tünetei miatt. Ezért fontosnak tartjuk, hogy az aránylag gyorsan rendeződő „schizofórm reakció”, „psychogen reakció”, „acut hallucinosis” esetén ismételtlen rá kell kérdezni mind a betegnél, mind a hozzátartozónál az esetleges szervesoldószer-abususra.

Véleményünk szerint a következő psychopathológiai jelenségek észlelésekor kell gondolnunk szervesoldószer-szívásra:

- acutan fellépő és beavatkozás nélkül rövidesen megszűnő hallucinációk, ill. pseudo-hallucinációk;
- elsősorban vizuális hallucinációk: színesek, plasztikusak, kellemesek. (Ritkán fenyegető, súlyos szorongást okozó, pánikos állapotot kiváltók);
- percepciós torzulások;
- gyorsan rendeződő inadaequat magatartás;
- oneiroid tudatállapot;
- motiválatlan hangulati emelkedettség.

Természetesen segítséget nyújthat a kérdés eldöntésében a jellegzetes szagú lehelet.

Az irodalmi adatokkal egybehangzó tapasztalatunk, hogy két csoport különböztethető meg. Az egyik az ún. kísérleti stádiumban levő fiatalok csoportja, akik a közösségi hangulat hatására próbálják ki alkalmilag a ragasztószívást. Ezek egy részéből kerül ki a rendszeresen, általában naponként, sokszor magányosan, egy más világba való eljutás nem is titkolt vágyáért szívók típusa. Míg az előzők esetében felvilágosítással, rövid psychotherapiával, az esetleges tragikus következményekre való rádobbtetéssel eredmény érhető el (11), addig a rendszeresen szívók esetében, akiken már jelentős tolerancia és psychés dependentia alakult ki, hosszas kórházi kezelés látszik célravezetőnek. Ezek a betegek hosszabb időn át mérgező anyagokat juttatnak a szervezetükbe és így súlyos máj-, vese-, vérképzőrendszeri és jelenleg még pontosan fel nem mérhető organikus idegrendszeri elváltozások veszélyének teszik ki magukat. Ezek

a károsodások a krónikus ipari mérgezésekből jól ismertek (10, 13), de betegeink rutin laboratóriumi vizsgálati eredményeiben erre utaló jelek még nem voltak észlelhetők.

Társadalmi veszélyük azért kiemelkedő, mert a saját maguk által kitermelt ideológiák kritikátlan terjesztésével, a kellemes élmények leírásával, gyakran szuggesztivitásukkal, könnyen befolyásolhatják a személyiségérés fázisában levő fiatal társaikat. Betegeinkben megkíséreltük felkutatni a közös és jellemző vonásokat. Az idevonatkozó irodalomban véleményünk szerint némi ellentmondás fedezhető fel. A jellegzetesen megtalálható személyiségjegyeket és torzulásokat, ill. magatartási zavarokat több szerző a tartós és rendszeres szerves oldószer-szívás következményének tartja. Kisszámú esetünk azonban azt mutatja, hogy ezek a vonások — sodródás, állhatatlanság, aszociális magatartás, sajátos lázadó filozófiák hangoztatása, és a pszichológiai vizsgálatok ismertetésekor leírt közös jegyek — már a ragasztószerszívás előtt fellelhetők voltak betegeinknél.

A vizsgálatainkban észlelt magas intelligencia-színvonal eltér az irodalomban leírt adatoktól. Dodds (3) és Massengale (12) nem észlelt szignifikáns intelligenciakülönbséget ragasztószert szívó és nem szívó kontroll csoport között. Mások az alacsony intelligencia-színvonalat emelik ki mint jellemzőt a ragasztószert szívó fiataloknál (2, 4, 6, 8). Véleményünk szerint is véletlenszerű, hogy az osztályunkra felvételre került fiatalok intelligenciája átlagon felüli volt. Alapvetőnek a deviáns magatartás kialakulásában, az irodalommal egybehangzóan, a fentiekben ismertetett sajátos személyiségvonásokat tartjuk. Végül felhívjuk a figyelmet a kezelés jogi vonatkozásainak megol-

datlanságára. Véleményünk szerint az esetek egy részében csak hosszabb kórházi kezeléstől várható megfelelő eredmény. Mivel az elvonó kezeléshez jelenleg a beteg önkéntes hozzájárulása szükséges — amit a dependenciából eredően az esetek többségében természetesen elutasítanak — a terápiási lehetőségek igen korlátozottak.

Összefoglalás. A szerzők beszámolnak a ragasztószerszívás pszichiátriai szövődményeinek megjelenéséről pszichiátriai osztályon, az elmúlt év folyamán észlelt 5 esetük kapcsán. Véleményük szerint a következő psychopathológiai jelenségek észlelése estén kell gondolni elsősorban szervesoldószer-abususra: színes, plasztikus vizuális hallucinációk, általában kellemesek, percepció-s torzulások, inadaequat magatartás, oneiroid tudatállapot, motiválatlan hangulati emelkedettség. Ezek a tünetek általában acutan lépnek fel és beavatkozás nélkül rövidesen megszűnhetnek. Felhívják a figyelmet a differenciáldiagnosztikai nehézségekre, valamint a kezelés megoldatlan jogi vonatkozásaira. Vizsgálataik alapján megkísérlik kiemelni a jellemző vonásokat és a pszichológiai vizsgálatok közös jegyeit.

IRODALOM: 1. Bass, M.: JAMA. 1970, 212, 2075. — 2. Cohen, S.: JAMA. 1975, 231, 653. — 3. Dodds, S.: J. Pediat. 1964, 64, 565. — 4. Glaser, F. B.: Arch. Gen. Psychiat. 1966, 14, 315. — 5. Glaser, H. H.: JAMA. 1962, 181, 300. — 6. Juhász E.: Az Újpesti Szakorvosi Rendelőintézet Évkönyve. 1975. — 7. Kenyeres és mtsai: Orv. Hetil. 1974, 115, 1874. — 8. Kisszékelyi Ö. és mtsai: Orv. Hetil. 1974, 115, 1867. — 9. Kolos T. és mtsai: Magy. Pediat. 1974, 8, 286. — 10. Kovács L.: Munkavédelem. 1970. — 11. László M.: Előadás a Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társaságának XXVIII. nagygyűlésén, 1975. — 12. Massengale, J.: New Engl. J. Med. 1963, 269, 1340. — 13. Pacséri I., Emszt Gy.: Munkavédelem. 1970. — 14. Szerk.: Brit. Med. J. 1971, II, 183.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlapiroda, Budapest, V., József nádor tér. Tel. 180-850



Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet,
Belgyógyászati Osztály, (főorvos: Halmos Tamás dr.)
IV. ker. Tanács Városi Kórháza
Tüdőbelosztály (főorvos: Bézy János dr.)
Fővárosi János Kórház,
Kórbonctani és Kórszövettani Osztály
(főorvos: Balázs Márta dr.)
Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
I. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Magyar Imre dr.),
III. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Gráf Ferenc dr.)

Doege—Potter-syndroma

Hypoglycaemiás tüneteket okozó fibrosarcoma pleurae

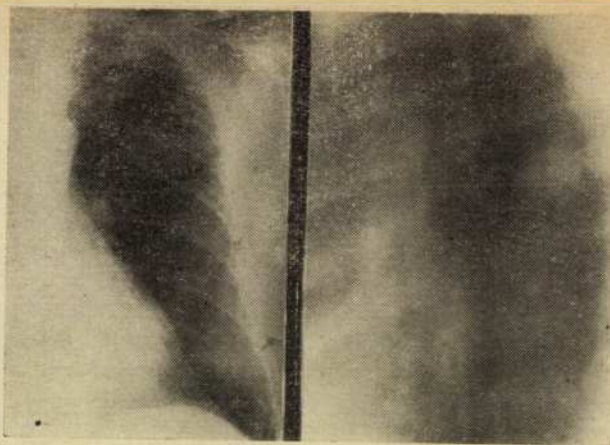
Halmos Tamás dr., Gergely Anna dr.,
Ajkay Zoltán dr., Szűcs Györgyi dr.,
Korpásy István dr., Korányi László dr.
és Kammerer László dr.

Az ún. extrapancreaticus hypoglycaemizáló tumo-
rok a spontán hypoglycaemiás tünetegyüttesnek
(továbbiakban h. t.) viszonylag ritka, de klinikai-
lag és biokémiailag egyaránt nagyon érdekes cso-
portját alkotják. Elsősorban az elmúlt két évtized
kutatásainak köszönhető, hogy e heterogén tünet-
csoportból több, egyre jobban definiálható syndro-
ma körvonalazódik.

1. Nadler—Wolfer—Elliott-syndroma (hepato-
mához társuló h. t.) (1, 2, 3, 4).
2. Anderson-syndroma (mellékvese-tumoro-
khoz társuló h. t. Ritka kórforma) (5, 6).
3. Rosenfeld-syndroma (h. t.-t okozó pseudo-
myxoma, ugyancsak igen ritka) (7).
4. Hypoglycaemiát okozó teratomák (8).
5. Epitheliomák. *Csapó és mtsai* (9), továbbá
Pearse és mtsai (10, 11) nyomán a velőcső
neuroectodermális sejtjéből származtatható
endocrin működést kifejtő tumorkok tartoz-
nak ide. Számos polypeptid hormon secre-
tiójával járó endocrin paraneoplasziát so-
rolnak ide (insulin, glukagon, gastrin, sec-
retin, calcitonin, ACTH, GIP, VIP, STH
stb.). Cytochemiai tulajdonságaik alapján
ezeket a tumorkokat „Apudomák”-nak ne-
vezték el.

„APUD” jellegzetességek:

- I. Fluorogen Amin (catecholamin, 5-OH-
triptamin) tartalom.
- II. Amin Precursor (DOPA, 5-OH-triptofán)
felvétel (angolul Uptake).

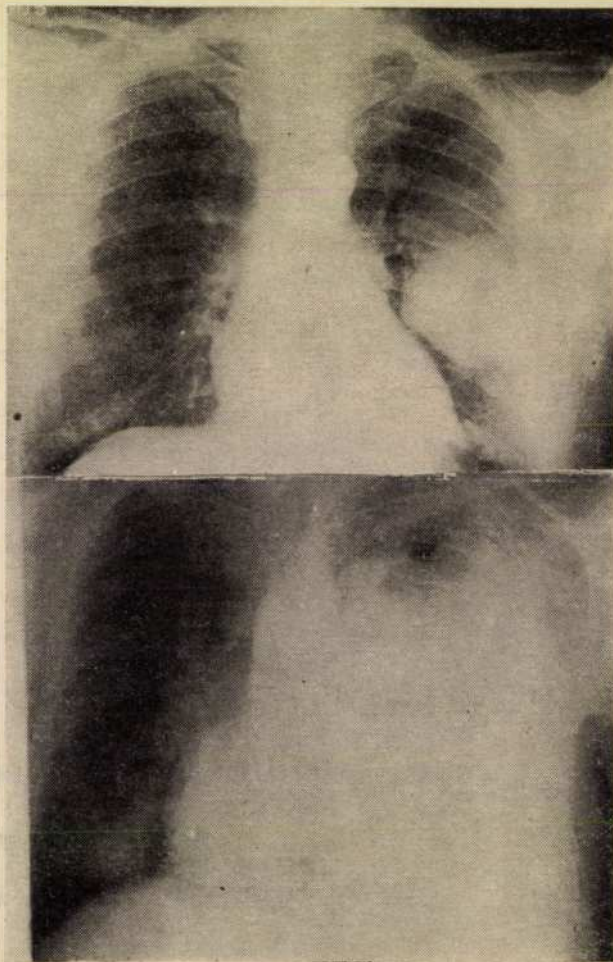


1. ábra.
H. K. P-a és oldalirányú (5 cm-es rétegmélység) rtg-fel-
vétele 1967-ben. A bal mellkasfélben kisalmányi, homogén
intenzív terime

III. Aminosav Decarboxylase.

Legtöbbet tanulmányozott és leginkább tisztá-
zottnak tekinthető csoport a

6. Doege—Potter-syndroma, amelyből eddig
több mint 100 esetet közöltek. Doege és Potter már
1930-ban, egymástól függetlenül leírták e kórfor-
mát (12, 13).



2. ábra.
H. K. mellkas átnézeti felvétele 1971-ben (fenn) és 1975-
ben (lenn). Folyamatos, lassú progresszió

A hypoglycaemizáló pathomechanizmus lehetőségeire csak az utóbbi időszak biokémiai kutatásai derítettek fényt.

A kórképet mesodermális eredetű, mellkasi, ritkábban hasi elhelyezkedésű tumorok jellemzik, melyek néha benignusak, de sokkal gyakrabban malignusak. A hypoglycaemizáló effektus mellett, az esetek egy részében, egyéb endocrin tüneteket is leírtak. *Laurent és mtsai* (14) 1967-ig 84 esetet gyűjtöttek össze az irodalomból, azóta is több közlemény jelent meg (15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22). Szövettanilag: leiomyosarcoma, rhabdomyoma, rhabdomyosarcoma, fibroma, fibrosarcoma, mesothelioma, neurofibroma, neurofibrosarcoma, haemangiopericytoma, liposarcoma és lymphosarcoma tartozik ide.

Hazánkban egyikünk foglalkozott e kórképpel (23), egy saját esete részletes analysise kapcsán. Újabban *Wenczl* ismertetett két hasonló esetet (24).



3. ábra.

Fibrosarcoma pleura. Megnyúlt, orsó alakú, helyenként anaplasias, alak-nagyságbeli, festődési különbségeket mutató kötegekbe rendeződött daganatsejtek. H-E., 200 X

Esetismertetés

H. K., 1905-ben született férfibeteg bal oldali „folt” árnyékát (1. ábra) 1967-ben tüdőszűrő vizsgálaton fedezték fel, majd rövid intézeti bentfekvést követően a tüdőgondozóban antituberculozomokkal kezelték. Folyamatos lassú progressiót észlelve (2. ábra), műtéti megoldást javasoltak, amelyet a beteg elutasított. 1974-ben kezdődtek nehézlégzéses panaszai, majd az év decemberében kora reggeli, rendszerint éhomra jelentkező, verejtékezéssel bevezetett, később már eszméletvesztéssel, tonusos-clonusos görcsökkel is járó rosszullétek léptek fel. Kezdetben 2 hetente, majd egyre gyakrabban, 1975 áprilisától naponta jelentkező rosszulletek, elsősorban a hajnali órákban. Felvételkor fizikálisan a bal mellkasfélben teljes tompulatót észleltünk, valamint kétoldali gynecomastiát, mely kb. 5 hónapja kezdett kialakulni. Radiológiaiilag csaknem a teljes baloldalt kitöltő, a középárnyékot dislocáló elváltozást láttunk, mely az ismételt mellkas-punctiók után is (750–800 ml véres exsudatum) alig változott. Az árnyék felfelé, a második borda magasságáig érő, éles, karéjos szélű adott (2. ábra). Az eszméletvesztések idején a vércukorértékek 13–50 mg/100 ml között ingadoztak (1. táblázat).

6–44 g glucose iv. a hypoglycaemiás comát valamennyi esetben azonnal megszüntette. Elvégeztük az ún. éhezési próbát, orális glucose-terhelést. Az intravénás tolbutamid testet nem lehetett éhomra elvégez-

A vércukor-, az IRI-, az ILA- és a vérnyomásérték az észlelési idő alatt

1. táblázat

Idő-pont	Vércukor mg/100ml	IRI μE/ml	ILA/1. μE/ml	ILA/2. μE/ml	RR Hgmm	Eszmélet- vesztéses rosszulát
V. 28.	65	10			135/70	
V. 28.	40	8,7	1000	1000	130/80	+
V. 29.	40	24			120/70	+
VI. 2.	50	11	1000	1000	140/80	+
	35	19			130/85	+
	40	10	1000	1000	130/80	+
VI. 3.	13	7				+

(VI. 4-től 3×150 mg Diazoxid, 3×1 t. Diphedan, 30 mg Prednisolon/die)

VI. 6.	70	18	600	300	160/70	
VI. 8.	71					
VI. 10.	35	5	1000	1000	150/70	+
VI. 12.	65					
VI. 13.	60	10				
VI. 14.	66	18	500		140/80	

ILA/1.: patkány hemidiaphragma módszerrel meghatározva.

ILA/2.: máj glycogenolysis gátlás módszerrel meghatározva.

ni, mert a beteg alig 3–4 órás éhezés után eszméletlen állapotba került. Ezért e próbát csak étkezés után másfél órával kezdhettük el. Ismételt cytologiai vizsgálatok a pleura mesotheliomájának diagnózisát támasztották alá. A felmerülő műtéti javaslatot a beteg elutasította.

Conservatív, hyperglycaemisalo kezelést vezetünk be, Diazoxid, Diphedan, steroid kombinációval (25). A beteg hypoglycaemiás eszméletvesztései megszűntek ugyan, de fokozódó cardiorespiratoricus insufficiencia tünetei között exaltált.

Boncolási leletkivonat

Macr.: a bal oldali mellüregben 1100 ml vörhenyes savó. A bal tüdő felső lebenyének zsigeri pleurájával csecsemőtenyérnyi területen 3200 g súlyú, kerekded daganat függ össze.

Micro: kötőszöveti sejtekre emlékeztető, megnyúlt, orsó alakú sejtekből álló daganatszövet figyelhető meg. A daganat sejteinek kötegei között Gömöri-féle ezüstimpregnációval jól kimutatható sejtközi állomány, rostok hálózata van. Kifejezett anaplasia, alak, nagyságbeli és festődésbeli különbség figyelhető meg. Gyakoriak a sejtoszlások. A daganatszövet jól vascularisált, sarcomás sinusok figyelhetők meg (3. ábra). Dg.: fibrosarcoma pleurae.

Elektronmikroszkópos vizsgálat eredménye

Az elektronmikroszkópos képek értékelését nehezíti a structura postmortalis károsodása. Biztosan megállapítható azonban, hogy a daganatot alkotó sejtek

Iv. Tolbutamid test

(1 g Tolbutamid Na 10% oldatával)

2 táblázat

Idő perc	Vércukor mg/100 ml	IRI μ E/ml	ILA μ E/ml	NEFA μ mol/l
0	52	32	1000	600
2	48	82		160
4	49	87		200
15	40	70		50
25	42	56	1000	120
35	41	59		100
60*	45	53	500	160
65*	30	50		160

* 60 percnél tudatzavar, 65 percnél eszméletvesztés lépett fel.

meglehetősen monomorphak. Alakjuk megnyúlt, a sejtmembrán nem ismerhető fel. A magok nagyok, oválisak, a maghártya hullámos lefutású. A mag-chromatin kifejezetten elektrondenz. A cytoplasmában károsodott mitochondriumok és számos finom filamentum látható. A daganatsejtek között a sejtek hosszten-gelyével párhuzamos lefutású rostok vannak. Ezek egy része érett collagen rost, jellegzetes periodicitás-sal, más része vékonyabb, éretlen filamentum.

(Az értékelést Balázs Márta dr. főorvos végezte, amelyet ezúton köszönünk meg.)

Módszerek

A vércukrot glucose-oxydase módszerrel határoztuk meg (Boehringer kit, No. 15756, God-Perid Methode).

Az insulinszerű aktivitást (ILA) patkány hemidiaphragma eljárással vizsgáltuk (26, 27), ahol a rekeszizom cukorfogyasztása mutatja az insulinszerű hatás mértékét. Meghatároztuk izolált májszeletek glycogenolysis gátlását (28). Az immunoreaktiv insulint (IRI) kettős antitest radioimmunoassay-val (Amersham kit) határoztuk meg (29). A szabad zsírsavakat (FFA) Boehringer Unveresterte Fettsäuren No. 15997 kittel határoztuk meg. A tumorszövetből sósavas alkoholos kivonással Kényy módosított metódusa szerint extrac-tumot készítettünk (30) és ebből ILA-t és IRI-t hatá-roztunk meg. A vizelet steroidok meghatározása pa-pír-chromatographiás eljárással történt (52).

Eredmények

A rosszullétek alatti (és közötti) vércukor, ILA és IRI értékeket az 1. táblázat szemlélteti. Valamennyi esetben az IRI értékek normálisnak bizonyultak, az ILA szintek kifejezetten emelkedettek voltak. Az éhezési próbát (31) 3, illetve 4 óra idő-tartamig lehetett csak elvégezni, ekkor hypoglyc-aemiás eszméletvesztés lépett fel, a vércukor 35, ill. 40 mg/100 ml volt. Az orális glucose-terheléses görbe diabetogen lefutásának bizonyult (0': 83, 30': 119, 60': 136, 120': 122 mg/100 ml. — 100 g glucose adása utáni vércukorértékek). Az iv. tolbutamid test alatt az IRI értékek normálisak voltak, míg az ILA szint nem mutatott összefüggést a tolbutamid adásával (2. táblázat). Az FFA értékek iv. tolbu-tamid adására az irodalomban közölteknel jelentő-sebb csökkenést mutattak (14).

Steroidok

A ketosteroid és oestrogen értékek nem mu-tattak lényeges eltérést. A vizelet 17-ketosteroid 13,0 mg/24 óra, 11-OH-etiocholanolon 0,9, 11-OH-androsteron 1,2, 11-keto-etiocholanolon 1,4, dehyd-roepiandrosteron 0,5, etiocholanolon 2,7, androste-ron 1,7 mg/24 óra volt, össz-oestrogen 16,2 µg/24 óra.

Tumorkivonat

A tumorextractumban radioimmunoassay-val detectálható insulint nem találtunk, az ILA 5–20 mE/g nedves szövet volt. Ezt az ILA értéket insu-lint kötő antitestek nem befolyásolták. Ha a tumor egészére számítjuk ezt át, úgy a tumor 15 E-nek megfelelő insulin hatású anyagot tartalmazott.

Megbeszélés

Betegünk hypoglycaemiás rosszullétei a kóris-mézett mesotheliomával hozhatók összefüggésbe. Más olyan kórok, amely a hypoglycaemiákat okoz-

hatta volna (pancreas adenoma, insularis hyper-plasia stb.) esetünkben kizárható volt. Típusos Doege—Potter-syndromával álltunk szemben. Figyelemre méltó, hogy noha a tumort már évekkel ezelőtt kórismézték, a súlyos hypoglycaemiás rossz-ullétek csak kb. 6 hónappal a beteg halála előtt kezdődtek el. Nem ismeretes, hogy egyes mesothe-liomákban miért lép fel hypoglycaemiás tünet-együttes, más esetekben pedig nem. Hazai észlelés (32) szerint pl. 9 verificált mesothelioma közül egy esetben sem találtak hypoglycaemiát.

Radiológiaiilag a pleura mesothelioma egyoldali, az esetek többségében 5–10 év alatt óriásira növeke-dő, a tüdőt comprimaló, gyakran mellkasi folyadék-gyülemmel társuló képet ad. Előrehaladott stádium-ban jellemző a rekesz feletti hatalmas, homogén, in-tensív árnyék. A radiológiai elemzést nehezíti, hogy a tumor a pleurához rendszerint csak kocsányon tapad. Emiatt kezdetben meglehetősen a tüdőből kiinduló-nak imponálhat a tumor, még a szokásos pulmonalis mélységeken készült rétegfelvételeken is (1. ábra). A későbbi diagnosztikus problémát az árnyék esetle-ges caudalis irányú helyzetváltoztatása okozhatja, amit a kocsányos tumor jelentős önsúlya idéz elő, mely esetünkben is jól demonstrálható.

A tolbutamid test során észlelt eszméletvesztést következőképpen magyarázzuk. Az IRI szintemelke-dés nem haladta meg a normális értékeket. Az ILA szintek mindvégig magasak voltak, már kezdetben is, ezért a tolbutamid hatásától függetlennek tarthatók. Mivel a beteg egyébként már 3 órai éhezés után is elvesztette az eszméletét, elképzelhető, hogy a próba elkezdése előtti másfél órás éhezés és a próba egy órája önmagában is elegendő volt a súlyos hypoglyc-aemia kialakulása. Másrészt az inzulinszerű anyag jelenlétével összefüggő hypoglycaemiás tendenciához a tolbutamid okozta mérsékelt hyperinsulinismus és máj glycogenolysis-gátlás hozzájárulhatott.

A hypoglycaemizáló pathomechanismust ille-tően különböző teóriák ismeretesek, ezekkel e lap hasábjain már foglalkoztunk (33). A hypoglyc-aemiát legjobban insulinszerű hatású anyag jelen-létével lehet megmagyarázni (36, 37, 38), erre utal a magas ILA szintet talált közlések nagy száma is (15, 17, 34).

Doege—Potter-syndromában a serum, ill. tu-morkivonat IRI tartalmát csak egyes szerzők ta-lálták magasabbnak (46, 47, 48, 41).

Esetünkben a savóban kifejezetten magas ILA szintet mértünk, ugyanakkor a tumorkivonatban az 1 g nedves anyagra számított ILA alacsony volt. Ha azonban az ILA-t a tumor egészére szá-mítjuk át, akkor az jelentős mennyiségnek tart-ható. Az a tény, hogy inzulinkötő antitestekkel tör-ténő előinkubálás az inzulinszerű aktivitást nem befolyásolta, arra utalt, hogy a kérdéses anyag a „non suppressible ILA” csoportba tartozik. Kötött inzulin jelenléte ellen szól a kivonási metodika so-rán alkalmazott alacsony pH, melynél az antigen-antitest kötések már mind disszociáltak. Az insu-linszerű anyag kémiai természetét nem ismerjük, a módszer polypeptidek extrahálására alkalmas. A kivonás során az ILA denaturálódhatott, elveszhe-tett; vagy, nem polypeptid természetű anyagról volt szó. A tumor termelhetett inzulinszerű hatású anyagot annak ellenére, hogy magában a tumor-ban post mortem nem lehetett magas ILA szintet találni. Elképzelhető, hogy valamilyen cofactor je-lenléte is szükséges in vivo az inzulinszerű hatás

kifejlődéséhez (51). Esetünkben a hypoglycaemizáló pathomechanizmust a normalis Langerhans-struktúra, alacsony IRI értékek, a savóban mért magas ILA szintek alapján, az alacsony tumor ILA koncentráció ellenére, a fentiek értelmében mégis inzulinszerű anyag termelődésével igyekszünk magyarázni. Egyes esetekben a Doege—Potter-syndromához Langerhans-hyperplasia is társul (49), jelezve, hogy a tumor esetleg béta-sejt stimuláló anyagot termel (50). Az inzulinszerű hatású anyag(ok) kémiai szerkezetét illetően csak feltételezések vannak; a tumorból kiszabaduló anyagok (deoxyribonukleinsav, ribonukleinsav, adenylsav, adenosin, adenosinmonofoszfát, bizonyos aminosavak és metabolitjaik stb.), melyek in vitro és állatkísérletekben hypoglycaemizáló hatásúak, tartathatók felelősnek az inzulinszerű hatásért (39, 40, 41). Az inzulinszerű anyag termelése e tünetcsoportot a paraneoplasziás syndromákhoz sorolja. Az utóbbi évtized kutatásai egyre több carcinomát (különösen tüdőrákot) kísérő tünetcsoportról bizonyították azok ectopiás hormon eredetét (42, 43, 44, 45). Ezekhez csatlakozhat saját esetünk is, melyben a gynecomastiának egyéb oka kizárható volt, s a gynecomastia a tumoros alapbetegség előrehaladtával progrediált. Nem mond ennek ellent betegünk normális ketosteroid- és oestrogen-ürítése sem, hisz a kutatások legnagyobb nehézsége is épp a biológiai kisebb spektrumú tumor peptidok kimutatásában rejlik (43).

Összefoglalás. Szerzők hypoglycaemiás tünetegyüttest kiváltó pleura tumor (Doege—Potter-syndroma) esetét ismertetik. A serum immunoreaktiv inzulin tartalma alacsony volt (IRI), a tumor kivonatban IRI nem volt detektálható. Az inzulinszerű aktivitás a serumban igen magas volt, a tumor kivonatban alacsony (de kimutatható) volt. A paraneoplasticus képet gynecomastia egészítette ki. Az eset kapcsán az extrapancreaticus hypoglycaemizáló tumorok felosztását is tárgyalják.

IRODALOM: 1. Nadler, W. H., Wolfer, J. A.: Arch. Intern. Med. 1929, 44, 700. — 2. McFadzean, A. J. S., Young, T. T.: Arch. Intern. Med. 1956, 98, 720. — 3. Halmos T., Papp G.: Orv. Hetil. 1970, 111, 275. — 4. Benhamon, J. P., Viallet, A., Fauvert, R.: in Les tumeurs du foie. Masson, Paris, 1963. p. 203. — 5.

Anderson, H. B.: Amer. J. med. Sci. 1930, 180, 71. — 6. Williams, R. és mtsai: Quart. J. Med. 1961, 30, 269. — 7. Rosenfeld, R. D.: Arch. Path. 1949, 48, 255. — 8. Staffieri, J. J., Cames, A., Cid, J. M.: J. Clin. Endocr. 1949, 9, 255. — 9. Sziij T. és mtsai: Cancer. 1969, 24, 167. — 10. Pearse, A. G. E., Polak, J. M.: Med. Biol. 1974, 52, 3. — 11. Pearse, A. G. E., Polak, J. M., Heath, C. M.: Virchow's Arch. B Cell Path. 1974, 16, 95. — 12. Doege, K. W.: Ann. Surg. 1930, 92, 955. — 13. Potter, R. P.: Radiology. 1930, 14, 60. — 14. Laurent, J., Debry, G., Floquet, J.: Hypoglycaemic tumours. Excerpta Medica, Amsterdam, 1971. — 15. Megyesi K.: J. Clin. Endocrinol. Metab. 1974, 38, 931. — 16. Frerichs, H. és mtsai: Eur. J. Clin. Invest. 1970, 1, 2. — 17. Chandalia, H. B., Boshell, B. R.: Arch. Intern. Med. 1972, 129, 447. — 18. Chowdhury, F., Bleicher, S. J.: Metabolism. 1973, 22, 663. — 19. Talstad, I., Folling, I., Boye, N. P.: Acta Med. Scand. 1974, 196, 347. — 20. Daeke, D. A. és mtsai: Wis. Med. J. 1974, 73, 92. — 21. Leung, J. S. és mtsai: Brit. Med. J. 1974, 5945, 657. — 22. Najman, A.: Nouv. Presse Med. 1974, 3, 895. — 23. Halmos T.: Kandidátusi értekezés, 1973. Budapest. — 24. Wenczel M., Györfári S., Hargitai M.: XVIII. Somogyi Orvosnapokon elhangzott előadás, Siófok. 1975. IX. 18. — 25. Halmos T. és mtsai: Orvosképzés. 1973, 48, 43. — 26. Vallance-Owen, J., Hurlock, B., Please, N. W.: Lancet. 1955, 2, 583. — 27. Vallance-Owen, J.: Diabetes. 1956, 5, 258. — 28. Kammerer L. és mtsai: Diabetológia. 1970, 6, 473. — 29. Hales, C. M., Randle, P. J.: Lancet. 1963, 1, 200. — 30. Kenny, A. J.: J. Clin. Endocr. 1955, 15, 1089. — 31. Marks, V., Rose, F. C.: Hypoglycaemia. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1965. p. 282. — 32. Csekő A. és mtsai: Országos Korányi Pulmonológiai Intézetben 1975. okt. 9-én elhangzott előadás. — 33. Halmos T. és mtsai: Orv. Hetil. 1975, 116, 447. — 34. Kreisberg, R. A.: Diabetes. 1970, 19, 248. — 35. Marks, L. J. és mtsai: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1974, 230, 147. — 36. Jakob, A. és mtsai: 2^e reunion annuelle de l'association européenne pour l'étude du diabète. Aarhus, 1966. Résumé 64. — 37. Froesch, E. R. és mtsai: Schw. med. Wschr. 1963, 93, 1250. — 38. Ensink, J. és mtsai: Diabetes. 1970, 19 suppl. 1, 354. — 39. Silverstein, M. N. és mtsai: Cancer. 1966, 19, 127. — 40. Mirsky, J. A. és mtsai: Endocrinology. 1957, 60, 318. — 41. Unger, R. H.: Amer. J. Med. (edit.) 1966, 40, 325. — 42. Studer, H. és mtsai: Schw. med. Wschr. 1971, 101, 446. — 43. Omenn, G. S., Wilkins, E. W.: J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1970, 59, 877. — 44. Bartter, F. G., Schwartz, W. B.: Amer. J. Med. 1967, 42, 790. — 45. Law, P. H. és mtsai: New Engl. J. Med. 1965, 273, 292. — 46. Chowdury, F., Bleicher, S. J.: Metabolism. 1973, 22, 663. — 47. Oleesky, S. és mtsai: Lancet. 1962, 2, 378. — 48. Subauste, C. és mtsai: Metabolism. 1969, 14, 881. — 49. Halmos T. és mtsai: Orv. Hetil. 1959, 100, 1396. — 50. Sterne, J. B.: Lancet. 1960, 1, 546. — 51. Sors, C. és mtsai: Rev. Tuberc. 1962, 26, 1268. — 52. Fehér T.: Clin. Chem. Acta. 1966, 14, 83.

„Az orvos jelleme sokkal erőteljesebben hat a betegre, mint az összes gyógyszerek.”

Paracelsus

Országos Röntgen és Sugárfizikai Intézet

Milyen legyen a röntgenlelet?

Vitaindító cikk

Csákány György dr.

Feltételezve, hogy megalapozott indikáció alapján végrehajtott röntgenvizsgálatról van szó, a röntgenlelet — negatív vagy pozitív formában — lényeges felvilágosításokat közvetít a röntgenorvos és a kezelő orvos között. A röntgenlelet jelenlegi legelterjedtebb formája már a röntgen aera kezdetén kialakult. Fő részei a következők:

- a beteg azonosítására szolgáló adatok;
- a vizsgálat irányának és módjának közlése;
- a röntgen-morphologiai (és ha lehet functionális) látvány verbális összefoglalása — általában egy kialakult sémát követve;
- s végül a „röntgenvélemény”, amely — jó esetben — a vizsgálatból nyert adatok és a klinikai információk (anamnesis, status stb.) összevetése útján a röntgenvizsgálóban az esetről kialakult.

A „röntgenvélemény”

Mindenekelőtt ez utóbbival kell foglalkoznunk, mert a leletnek ez a legfontosabb része s mai napig nem egységes a gyakorlat és a társklinikusi igény a leletnek véleményzáradékát illetően.

A röntgenvizsgálat kérés minden esetben, amikor az indokolt, egy vagy több konkrét *kérdésfeltevést* jelent. A társklinikusok kérdése vagy kérdései annál „célzottabbak”, minél többet tudnak már a betegről. A röntgenorvos válasza is annál konkrétabb és egyértelműbb lesz, minél pontosabb és „célzottabb” kérdésfeltevést kapott. Nyilvánvaló tehát, hogy a röntgenvizsgálatok kérését célszerűen meg kell előznie az anamnesis, a status és a legalapvetőbb egyéb klinikai vizsgálati adatok összegyűjtésének. Ezek után — ha még egyáltalában szükséges —, olyan röntgenvizsgálatok hajthatók végre, amelyek — a *nyitva maradt kérdések* tisztázását eredményezhetik, ha azok a kérdések röntgenmódszerekkel megközelíthetőek.

A társklinikus által feltett, nyitva maradt kérdésekre a röntgenorvos a lelettel, illetőleg a leletben ad választ. A válasz lényege nem a röntgenmorphologiai vagy functionális kép leírása,

nem a verbalis csendélet, amely amúgy sem pótolhatja a röntgenkép vagy képsor információgazdagságát és élményét, hanem a „röntgenvélemény”, a tapasztalt röntgenklinikus *állásfoglalása*, amelyet saját vizsgálatai és a rendelkezésre bocsátott klinikai adatok birtokában szintetizált. S itt meg kell állni egy kis polemia azokkal a társklinikusokkal, akik nem szívesen látják és fogadják a röntgenvéleményt. „A röntgenes írja le a leletben, hogy mit lát, adja ki a képet, a szintézis a klinikus dolga.” Ebben a véleményben csak annyi az igazság, hogy a *végző szintézist*, a diagnózis felállítását a kezelő orvosnak kell elvégeznie. Ebben azonban a társspecializáció, subdisciplinák és interdiszciplínák *részinformációira, részszintéziseire* van szüksége. A modern medicina sokat emlegetett fokozódó specializálódása és az ebből fakadó kényszerű team-munka a gyakorlatban éppen azt jelenti, hogy a kezelő orvos vagy personalisan vagy legalább levelezés útján konziliumot tart mindazon disciplinák szakembereivel, akiktől segítséget várhat. *Ezek nem egyszerűen egy methodikát, hanem egy szakmai aspectust képviselnek, egy más szemléletet, amely csak akkor hozhat valóban újat, ha véleményét az egész eset figyelembevételével alkotja meg.* A röntgenvélemény nem diagnózis, hanem a röntgenológus álláspontja az esetről az addig felgyülemlett adatok és a röntgenkép alapján.

Hogy mennyire nem diagnózisról van szó, azt az a tény is alátámasztja, hogy a „röntgenvélemény” az esetek jelentős részében, szükségképpen, alternatív. Azaz két, esetleg több kórkép lehetőségét veti fel. Saját gyakorlatunk alapján azt mondhatjuk, hogy a negatív leleteket leszámítva az esetek mintegy 25%-ában felel meg a röntgenvélemény egyértelműen egyetlen kórképnek, azaz diagnózis értékű; mintegy 15–20%-ban van több mint három alternatíva, azaz a röntgenkép alapján lényeges információ többlet nem keletkezett; s mintegy 55–60%-ban 2–3 alternatívára szűkül a diagnózisok köre.

A lelet záradékaként megkövetelt, „röntgenvélemény” tehát jellege szerint négyféle lehet:

- negatív;
- egy meghatározott nosologiai egységnek megfelelő kórkép;
- két-három szóba jövő nosologiai egységben is előforduló kóros kép;
- kóros kép, amely az eddigi klinikai adatok birtokában sem azonosítható biztonsággal.

A *negatív lelet* a legerősebb, a legegyszerűsebb, a leginformatívabb „röntgenvélemény”. Azt jelenti, hogy a röntgenológiai vizsgált területen értékelhető, releváns, kóros röntgeneltérés nem volt kimutatható. Ez az esetek túlnyomó részében nem kíván további értelmezést. Van, amikor hasznos, ha a kezelő orvos figyelmét felhívjuk arra, hogy a negatív lelet ellenére a klinikai gyanú fenntartható. Olyankor például, amikor a röntgenológiai pozitív kép később, a betegség klinikai manifesztációja után hosszabb idővel lép vagy léphet fel: osteomyelitis, pleuritis stb. De olyan esetben is, amikor a klinikai képnek megfelelő alternatív betegségcsoportok között éppen a röntgenvizsgálat negativitása dönt vagy szűkíti a kört.

(Gyomorvérzés esetében például a nyelőcső, gyomor és vékonybél röntgenológiai negativitása alapján a varix, az ulcus betegség vagy a definitív gyomor-carcinoma gyanúja kizárható, de még röntgenmódszerekkel ki nem mutatható kezdődő kis tumor vagy a nyálkahártya-erosio alternatívája megmarad, s az más eszközökkel tovább tisztázandó.)

A meghatározott nosologiai egységnek megfelelő kóros képről adott „röntgenvélemény” valóban *diagnózis* értékű. Sajnos ennek lehetősége korlátozott. Tulajdonképpen két esete van, amikor a röntgenkép alapján minden további nélkül diagnózist lehet mondani. Az egyik prototypusa a csonttörés, de ilyen a Bechterew-kór, a hiatus hernia, aspergilloma, az ulcus duodeni, az epekő stb. is. Ezek valóban röntgendiagnózisok (azzal a megszorítással, hogy utóbbi két esetben például a klinikai manifesztáció és a röntgenkép nem feltétlenül esik egybe). Másik esetben a klinikai adatok birtokában válik a röntgenkép biztos alappá egy egyértelmű diagnózis felállítására. Ha az EKG-ban jobb túlsúly, a hallgatózási leletben ejectiósys-toles zöreje szerepel a bal parasternalis II-ben és a röntgenképen asymmetricus hilus látunk, bal ág tágulattal, tág pulmonalis törzs mellett, úgy teljes biztonsággal mondhatjuk, hogy izolált valvularis pulmonalis stenosis áll fenn. Ha szív-műtét vagy myocardialis infarctus után egy éven belül láz, mellkasi fájdalom, magas sülyedés, leukocytosis mellett, pneumonitist, pleuritist és pericarditist találunk, s az EKG nem változott, úgy a postmyocardium infarctus syndromát (postpericardiotomiás vagy Dressler-syndromát) közvetlenül diagnosztizálhatjuk. Ha a jobb rekesz felszínből kisalmányi kerekárnyék emelkedik ki eosinophilia és pozitív serológiai lelet mellett, úgy a máj echinococcus cysta diagnózisa biztonsággal felállítható stb.

A több alternatívás röntgenvélemény egyik gyakori területe például a mediastinum, ahol egy térszűkítő folyamat pathológiai mibenlétének röntgenológiai tisztázása általában nem sikerül s két-három vagy több szóba jövő lehetőség között további diagnosztikus beavatkozások (pl. biopsia) útján lehet csak biztos diagnózisra jutni. Hasonló vélemény a hasüregben (főleg a retroperitoneumban) vagy a koponyaüregben is gyakori, de nem típusos manifesztációk esetében bárhol előállhat. A röntgenvélemény ilyenkor annak bevallása, hogy az egyértelmű válasz a feltett kérdésre a röntgendiagnosztikai methodika (vagy az adott helyen rendelkezésre álló feltételek között alkalmazható methodikák) határain kívül esik. Ilyenkor a „röntgenvélemény” esetleges további, másutt elvégezhető röntgenvizsgálatok vagy más diagnosztikus lehetőségek javallatára is felhívhatja a kezelő orvos figyelmét (angiographia, bronchographia, biopsia, izotóp vizsgálat stb.).

A röntgenmódszer megválasztása

Meg kell itt jegyezni, hogy a „röntgenvélemény” a „kivizsgálás” során az újabb röntgendiagnosztikai és más klinikai adatok szaporodása nyomán változhat, fejlődhet. Jelen elemzésben

nincs lehetőségem arra, hogy a *vizsgálati taktika* nagy fontosságú kérdésével, ami a kezelő orvos és röntgenorvos közötti együttműködés szempontjából meghatározó jelentőségű, behatóbban foglalkozzam. Erről csak annyit, hogy a röntgenvizsgálat kivitelezésének módját, az alkalmazott röntgen-methodikát a röntgenorvos szabja meg. A leletben jelezni kell, hogy a röntgenorvos milyen vizsgálati módok alkalmazása útján jutott a „röntgenvéleményre”. Ha a kezelő orvos úgy gondolja, hogy további röntgenmódszerek alkalmazásával tovább lehetne jutni, úgy ilyen esetben csak a személyes megbeszélés, a konzilium lehet az a keret, amelyben a vitás kérdés tisztázható. Úgy gondolom, hogy ez az eljárás az egyetlen ésszerű, ha nem abból indulunk ki, hogy a társklinikusok eleve jobban értenek a röntgendiagnosztikához, mint a röntgenszakorvosok. A röntgenorvos a kezelő orvostól kérdést kap és hogy arra felelni tudjon — *ha egyáltalában lehetséges* —, önállóan felhasználja a disziplína rendelkezésére álló módszereit. Ez joga és kötelessége mindaddig, amíg el nem érkezik olyan, főleg invazív — methodikáig, amelyek alkalmazását a kezelő orvossal *meg kell beszélni*. Az angiographia vagy bronchographia indikációjára gondolunk. Hogy azonban mikor világít át, készít ilyen vagy olyan irányú felvételt vagy rétegfelvételt, ennek eldöntése a röntgenorvos dolga. Ebbe a társklinikus nem szólhat bele parancsoló módon. Legfeljebb kérdő módon, konzilium keretében.

Ebben az összefüggésben két gyakori vitás kérdést érintek. Egyik a rétegfelvétel. A társklinikusok a rétegfelvételi methodikát túlbecsülik. Minthogy az őket zavaró bevetülő árnyékok egy részét a tomo elmossa s a kóros elemeket ők így jobban látják, azt gondolják, hogy ezek az elváltozások a summációs felvételen nincsenek rajta. Nem így van. *A gyakorlott röntgenorvosnak látnia kell a summációs felvételen is azt, amit rétegezni akar.* Vaktában képzett röntgenorvos nem rétegez. *A rétegfelvétel nem a kóros elváltozás felfedezésére szolgál, hanem annak finomabb morfológiai elemzésére, ha ez szükséges.* Ha egy jó minőségű kétirányú mellkasfelvételen a feltételezett kóros röntgenelváltozás nem látható, úgy nincs mit rétegezni.

A másik a kis formátumú technika feltarthatatlan terjedése. Az ernyőkép kamera, a kinemographia és különösen a célzott felvételi kamera (spot-film) belátható időn belül kiszorítják a nagy formátumú síkfilmet, a röntgenographia területének túlnyomó részéről. Ezt követeli nemcsak a gazdaságosság, hanem a korszerű képalkotási technika is. A társklinikusok azon a címen, hogy ők nem tudnak tájékozódni a kis formátumú felvételeken, nem követelhetnek nagy formátumot.

A korszerű röntgenlelet forma

Az eddigieket figyelembe véve, a röntgenlelet kívánatos szerkezete a következő:

1. A beteg azonosításához szükséges adatok.
2. A lelet alapjául szolgáló elvégzett röntgenvizsgálatok megjelölése.

3. „Röntgenvélemény”.

S hol marad a képi látvány verbális leírása? Világszerte terjed az a nézet és gyakorlat, amely a leletnek ezt a részét feleslegesnek és károsnak tartja.

A három gyakorlati fő érv:

- a munkaerőgondok halmozódása idején minden felesleges gépírási igényt le kell faragni;
- a korszerű adatfeldolgozás és adattárolás a szubjektív impresszionista verbális röntgenleírással mit sem tud kezdeni;
- a látványleírással, a morphologiai csendélet verbális megfogalmazási kísérletével, az egyértelmű szűkszavú állásfoglalás alól igyekszik mentesíteni magát sok radiológus; az ilyen szöveg lelet a defenzív mellébeszélés, kétértelműség és a terminológiai zűrzavar melegágya.

Fenti érvek kétségtelenül helytállóak. Gondoljunk a töménytelen negatív leletre, amely a normális viszonyok többé-kevésbé részletes leírására pazarolja az anyagot, időt és munkát. Ma még a legtöbb negatív gyomorlelet, hozzávetőleg így hangzik:

„Nyelés akadálytalan. Cristáig érő, jó tónusú, horog alakú gyomor. Nyálkahártya relief normális. Kísörgületesi kontúrja sima, a nagyhajlat fogazott. Peristaltica akadálytalanul végighalad. Az antrum-, pylorus-passage szabad. Bulbus és a duodenum többi része ép. Szakaszos ürülés. Körülírt nyomásérzékenységet a beteg nem jelez”.

Ezzel a szöveggel teljesen egyenértékű információ, ha a leletben csak ennyi áll:

Gyomor röntgenvizsgálat: Negatív.

Minek akkor a hosszú szöveg? Egyesek azt mondják, hogy didaktikai értéke van a kezdő röntgenorvos, sőt esetleg a társfinanszírozók számára is. Lehetséges. Az azonban biztos, hogy ez nem éri meg a már említett számos hátrány vállalását.

Mi a helyzet kóros esetben? Maradjunk a gyomor röntgenvizsgálat körében. Ma a lelet így hangzana:

„Nyelés akadálytalan. Csökkentebb tónusú, horog alakú gyomor egy harántujjal a crista alá ér. Bőséges éhomi secretio. Elmosódott rajzú redőzet. Fogazott nagyhajlat. Peristaltica végighalad. Antrum- és pylorus-passage szabad. A bulbus deformált, lóhere alakú. Basisa felett, középen, redőcsillag közepében, borsónyi ulcus-fészek látható, amely balrafordításkor a hátsó falon kontúrba hozható. Körülírt nyomásérzékenység. Duodenum többi része ép. Ürülési akadály nincs, az ürülés inkább meggyorsult. *Röntgenvélemény: ulcus duodeni*”.

Vajon a lényegi információ nem tömöríthető-e a következőképpen: „Deformált bulbus hátsó falán nyomásérzékeny, borsónyi ulcus”.

Ehhez csupán egy olyan közmegegyezés szükséges, amely szerint a röntgenlelet csak a *jelentős, pozitív információkat és azok konklúzióját tartalmazza*. Amiről tehát nem beszél az ép, vagy a lényeg nem érinti.

A korszerű, tömörített, lényegre törő röntgenlelet a jelenlegivel szemben tehát úgy módosul,

hogy az eddigi legbőségesebb fejezet, a részletes verbális látványleírás elmarad és a negyedik fejezet, a „röntgenvélemény”, kibővül az állásfoglalást megalapozó *léglényegesebb röntgentűnetek* felsorolásával.

Foglaljuk össze e leletezési mód előnyeit:

1. Munka- és időmegtakarítás.
2. A röntgenorvost kényszerűen a lényegre orientálja.
3. Adatfeldolgozás, kódolás szempontjából egyszerű és egyértelmű.
4. A kezelő orvosnak nem kell kihámozni a lényegét a szóáradatból. (Gondoljunk csak a zárójelentések szerkesztésére, amikor a kezelő orvosra marad a feladat, hogy a röntgenleletek tömörítését jól-rosszul végrehajtsa.)
5. Az ilyen fajta leletezés egyértelmű és egységes terminológiára szorít, amelyet a radiológusok és társfinanszírozók egyaránt beszélnek és elfogadnak.

A röntgenképek kiadása

Hozzá tartozik a kérdéshez a röntgenfilm archiválás megoldása is. Az Eü. Min. 34.744/1974. (Eü. K. 1972. 2. sz.) tájékoztatója és az Országos Röntgen és Sugárfizikai Intézet megfelelő irányelvei alapján szervezett kisfilmes röntgenfilm archiválás megvalósításával a röntgenképek kiadása körüli sokévtizedes vita, közmegegyezésre oldódik meg. A képek kiadását két módon is biztosítani lehet az archiválás veszélyeztetése nélkül. Vagy minden releváns információt tartalmazó felvételtől két kicsinyített kópia készül, amelyből egyet a fekvőosztály kap meg, vagy a kicsinyítés után az eredeti felvétel kerül a fekvőosztályra betekintésre.

Általában nem értek egyet azokkal a társfinanszírozókkal, akik a röntgenképek kiadását *minden esetben* követelik, s a képeket a vizitán az ablak felé tartva „tanulmányozzák”. Ez az esetek zömében üres póz. Ha a társfinanszírozó súlyt helyez a röntgenkép alaposabb megismerésére — ami bonyolultabb esetekben helyes és érthető — ennek egyetlen igazán hatékony módja a röntgenkonziliám, amely ha megfelelő hely (és nézőszekrény) áll rendelkezésre, akár a fekvőosztályon is megtehető rendszeresen vagy esetenként.

Összefoglalás. A hagyományos röntgenleletből a részletes, verbális morphologiai ismertetést el kell hagyni. A *lényegi* kóros röntgeneltéréseket az értékelő állásfoglalás, a „röntgenvélemény” alátámasztásként ott kell kiemelni. A röntgenfelvételeket a bonyolultabb nem banális esetekben röntgenkonziliám keretében célszerű megtekinteni. A korszerű kisfilmes röntgen archiválás bevezetésével feloldható a röntgenképkiadás körüli régóta zajló vita: a kicsinyítés után vagy a selejtezendő nagy formátumú vagy a kicsinyített kép dupluma kiadható. A röntgenleletet úgy kell fogalmazni, hogy az félreérthetetlen, egyértelmű legyen; ez nemcsak klinikai igény, hanem az elektronikus adatfeldolgozáshoz és tároláshoz vezető megkerülhetetlen út.

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet

A pszichoanalízis Magyarországon (1900 — 1948)

Eseménytörténeti áttekintés

Harmat Pál dr.

A pszichoanalízis az Osztrák—Magyar Monarchiában született meg. Freud első alapvető munkáinak megjelenése, a pszichoanalitikus mozgalom szervezésének első, bátortalan lépései után (amelynek előzményeit és eseményeit nem részletezzük) nem sokkal Magyarországon is visszhangra talált az új pszichopatológiai elmélet, megindult a pszichoanalitikusok tömörülése.

A pszichoanalízis magyarországi elterjedésében a fő osztályrész Ferenczi Sándoré, a pszichoanalízis legismertebb magyar művelőjéé. Ferenczi a századforduló körül szerezte meg orvosi diplomáját, ezt követően ideggyógyászként dolgozott. Miután megvált az Erzsébet Szegényház kórházának idegosztályától, és ideggyógyászati magánrendelőt nyitott, ugyanazzal a dilemmával találta magát szemben, mint a kor más lelkiismeretes ideg- és elmegyógyásza.

A XIX. században az orvostudomány általános fejlődésének talaján az idegbetegségek tana is nagy utat tett meg. Az organikus idegbetegségek jelentős részében sikerült tisztázni a kóreredet és a kórlefordulás kérdéseit, s ezzel megvetni a racionális terápia alapjait. A neurológia előrehaladásának fényében még szembetűnőbb volt, hogy a pszichiátria fejlődése elmaradt a követelményektől. A legfontosabb „kis pszichiátriai” kórképben, a neurózisban továbbra sem sikerült túljutni a tünettan kérdéseire, s a terápia ennek megfelelően kezdetleges és eredménytelen volt. Márpedig a társadalmi történelmi fejlődés általános tendenciái éppen a neurózisok számát sokszorozták meg ebben az időben, a neurózis népbetegséggé vált; az orvostudomány pedig nem tudott segíteni.

Ilyen helyzetben lépett fel Freud: úgy tűnt, hogy a pszichoanalízis képes tisztázni azokat a kérdéseket, amelyekkel a hagyományos, egzakt eszközökkel — kísérletezéssel, mikroszkóppal és

bonckéssel — dolgozó ideggyógyászat tehetetlenül állt szemben. Ebből a szempontból mellékes, hogy a pszichoanalízis válaszlai illuzórikusok voltak-e vagy sem; tény, hogy a pszichoanalitikusok meggyőződéssel vallották a freudi tanok igazságértékét, a neurotikusok nagy tömege pedig — ahogy Ferenczi mondta — „minden reményében, az orvosi tudományba vetett hitében csalódva” fordult a pszichoanalízishez (3).

Mint annyian, Ferenczi is serdülőkorából hozta lélektani érdeklődését. Állítólag már gimnáziumi éveiben végzett hipnotikus kísérleteket. Magánrendelőjében is a pszichoterápia akkori módszereit alkalmazta, amelyek — bármilyen bonyolultak voltak is a körülírások — lényegében abból álltak, hogy a beteget megpróbálták „lebeszélni” tüneteiről. A sovány eredmények, a korábbi cikkeiben fel-felbukkanó „prepszichoanalitikus” gondolatok előkészítették Ferenczit a mélylélektanra; amikor elolvasta Freud Álomfejtését, az abban foglaltakat mégis minden gyakorlati jelentőség nélküli szellemeskedésnek minősítette. Csak az Álomfejtés második, külső ösztönzésre történő átanulmányozása után vált a pszichoanalízis hívévé. Levelezett, majd találkozott Freuddal. Ferenczi vonzó egyénisége megragadta Freudot, a két férfi szoros barátságba került — Ferenczi legközelebbi barátja és küzdőtársa lett Freudnak —, és Ferenczi bekapcsolódott a születőben levő pszichoanalitikus mozgalomba.

Ezt egyelőre a Freud körül csoportosuló néhány követő — Adler, Jung, Rank, Stekel és mások — jelentették. Ebből a körből nőtt ki a bécsi pszichoanalitikusok egyesülete, majd a — már Ferenczi javaslatára megalakuló — Nemzetközi Pszichoanalitikai Egyesület. A II. nürnbergi pszichoanalitikus kongresszus, amelyen a nemzetközi szövetség létrejött, 1910-ben megbízta Ferenczit a magyar csoport megszervezésével.

A magyarországi pszichoanalitikus mozgalom megszervezése azonban nem ezzel a megbízással kezdődött. Ferenczi — az elméleti beállítottságú Freuddal szemben — a gyakorlat embere volt; ez abban is érvényre jutott, hogy a mélylélektani irodalomnak az ideggyógyászati gyakorlattal, a pszichoanalitikus technikával foglalkozó részét művelte intenzívebben (1), de kifejeződött a nagyarányú és széles körű szervező tevékenységben is, amelyet a pszichoanalízishez történő csatlakozása után kifejtett.

Számos ismertető cikket írt, lefordította Freud könyveit, szemináriumokat és előadásokat tartott, kiadta a magyar pszichoanalitikus irodalom első önálló termékeit. Hermann Imre visszaemlékezése szerint „kezdetben a magyar analitikai mozgalmat Ferenczi kávéházi asztaltársasága jelentette” (12). 1913. május 19-én alakult meg a Nemzetközi Pszichoanalitikai Egyesület budapesti csoportja, amelynek első elnöke Ferenczi lett. Helyettese Hollós István, a titkár Radó Sándor, a pénztáros Lévy Lajos volt. Az angol Ernest Jones jelen volt az egyesület második ülésén, ahol Ferenczi szokott könnyed modorában arról tudósította, hogy a fennmaradó tag — már ti. a Ferenczin, Hollóson, Radón és Lévyen kívül fennmaradó —, Ignótus,

hallgatóságként funkcionál (9). A freudi tanok magyarországi elterjedését azonban az egyesület taglétszáma nem tükrözte. Harminchat éves fennállása során a magyarországi pszichoanalitikus egyesület taglétszáma mindvégig alacsony maradt — és a húszas évektől működő két rivális parafreudista egyesület még kevesebb tagot vonzott —, a pszichoanalízis vélt vagy valódi tanításai azonban sokkal szélesebb körben hatottak.

A pszichoanalízis ismertté válásával erősödött az új orvosi-lélektani áramlattal szembeni ellenállás. A botránykő általában a szexualitás pszichoanalitikus értelmezése volt. *Ferenczi* egyik előadásán egy hozzászóló *Freud* munkáit pornográfiának bélyegezte, amelyet egy, a rendőrség kezeibe — ha nem a börtönbe — való ember írt. Mindez nem specifikus magyar jelenség: az elmélet és a mozgalom sorsát Magyarországon is hasonló tendenciák határozták meg, mint a nemzetközi mozgalomban vagy más országokban. Korán jelentkezett két olyan mozzanat is, amely ugyancsak ismert a német és angol nyelvterületek pszichoanalíziséből: a pszichoanalízis popularizálódása, betörése nem orvosi és nem pszichológiai területekre (szépirodalom, művészeti kritika, társadalomtudományok), és a pszichoanalízis „magára maradása”, szektaszzerű önmagába zárkódása.

A pszichoanalízis „magára maradásának” egyik fontos okára *Buda Béla* így mutat rá: „*Freud* olyan jelenségeket és összefüggéseket vizsgált a századforduló éveiben, amelyek területén előfutárai alig voltak, így nem tudott megfelelő fogalomanyaghoz kapcsolódni” (2). Az első pillanatban meghökkentő megállapítás: senki ne foglalkozott volna *Freud* előtt a szexualitással? a perverzitásokkal? az álmokkal stb. De igen, ezek — és a többi — jelenségek mindig izgatták az emberek fantáziáját, de (kevés kivétellel, pl. *Krafft-Ebing*) nem a tudományt. A „hivatalos” tudomány a pszichoanalízis tárgyául választott jelenségeket az emberi szellem története hulladékának, perifériás jelenségének és a velük történő foglalkozást szenzációhajhászásnak minősítette. A modern tudomány fejlődése azonban megmutatta, hogy nincs perifériás jelenségű téma, legfeljebb kutatási eredmény. Az utolsó évtizedek számos jelentős tudományos vívmánya érdektelennek tartott jelenségek kutatása nyomán született meg.

A század első évtizedeiben kevesen értették meg az új tudományt, kevés kivétellel hiányoztak a tudományos ellenfelek. A pszichoanalitikusok egyre inkább megtanulták, hogy a kritikák — nem kritikák, hanem támadások, megtanulták — ahogy *Ferenczi* megfogalmazta —, hogy „nem csekély azoknak a száma (tisztelet a kivételeknek), kik személyes tapasztalás és a bennünket foglalkoztató problémákban való jártasság nélkül, élcekből és szidalmakból előadást vagy cikket tákolnak össze a pszichoanalízis ellen” (3), megtanulták, hogy a támadókra nem érdemes odafigyelni, mert semmi hasznát nem veszik, semmit nem tanulhatnak belőle.

Büvös kör jött létre: befelé fordultak, de nem lévén külső tudományos fórum, amely befolyásolta volna a pszichoanalízis fejlődését, egyre fan-

tasztikusabb és bizonyíthatatlanabb eszmefuttatások is napvilágot láttak. A gúnyolódók ezeken éppen úgy gúnyolódtak, mint a pszichoanalízis értékes és kétségtelen eredményein, ami még jobban fokozta a pszichoanalitikusok izolációját, s még inkább teret adott a szektaszellem üldözöttségi érzésének. Így jöhetett létre például *Ferenczi* bioanalízise, amely a törzsejlődést, tehát egy kifejezetten biológiai folyamatot próbál nyomon követni a pszichopatológia fogalmaival, s amelyet ma aligha vehet a védelmébe egyetlen komoly pszichoanalitikus is (4).

A világháború egyelőre szétzilálta a magyarországi pszichoanalitikus mozgalmat. A legtöbb katonáskodtak. *Ferenczi* is katonarvosként szolgált Pápán. 1916-ban Budapestre helyezték, s egy klinika vezetését bízták rá. Az egyesület a háború kitörése utáni első ülését csak 1918 márciusában tarthatta meg. Ettől kezdve rendszeresen tartottak összejöveteleket.

A mozgalom tetszhalála ellenére a pszichoanalízis népszerűsége nőtt a háború éveiben. Ahogy az első hónapok lelkesedését felváltotta a kiábrándulás, a háború agresszív, embertelen légköre sokakban vetette fel a „miért?” kérdését — és a pszichoanalízis lélektani síkon választ kínált.

A pszichoanalitikusok jó eredményeket értek el a háborús neurózisok és pszichózisok kezelésében. Így a pszichoanalízisről alkotott hivatalos vélemény is megváltozott. A világháború utolsó időszakában annyira megnőtt a háború okozta idegrendszeri zavarok száma, hogy már nem lehetett a „szimuláció” megbélyegzéssel elintézni őket; mivel a harctéri neurózisok ekkor már akadályozták a háborús erőfeszítéseket, gondolkodni kellett kiküszöbölésük hatékonyabb módszerein. Így figyeltek fel a pszichoanalízisre.

1918 őszén Budapesten rendezték meg a háború miatt már öt éve szünetelő nemzetközi pszichoanalitikus kongresszust, amelyen természetesen az antant- és nagyrészt a semleges országok analitikusai nem vettek részt. A napirenden a hadi neurózisok szerepeltek. Először a mélylélektani mozgalom történetében, két-két magas rangú katonaravossal az osztrák, a magyar és a német kormány is képviseltette magát. Általában a magyar hivatalos szervek számos külsőséggel jelezték, hogy a pszichoanalitikus kongresszusnak nagy jelentőséget tulajdonítanak.

A mellőzöttség, a lekezelés, a hivatalos nem kedveltség évei után a pszichoanalitikusok zárt csoportjának s személyesen *Freudnak* is sokat jelentett a külső elismerés. A kongresszus tudományosan is jól sikerült, ezenkívül *Freund Antal*, budapesti üzletember és *Freud*-páciens, a filozófia doktora nagy összeget ajánlott fel a pszichoanalitikus mozgalomnak, ami független mélylélektani kiadó megalapításának reményét keltette. A kongresszusra és a *Freund*-adományra gondolva írta *Freud Ferenczinek*, hogy Budapest „a pszichoanalitikus mozgalom új központja” lett (9).

A háború elvesztésével a harctéri neurózisok kérdése természetesen aktualitását veszítette, de a bekövetkező balratolódás ismét kedvezett a mélylélektannak. 1918-ban több mint ezer orvostan-

hallgató petícióban kérelmezte az egyetem rektorától: *Ferenczi* tartson egyetemi előadásokat. 1919 áprilisában, a Tanácsköztársaság kikiáltása után *Kunfi Zsigmond*tól *Ferenczi* meg is kapta az egyetemi tanári kinevezést, s megbízást az újonnan alapítandó pszichoanalitikus klinika vezetésére. Tudománytörténeti tény, hogy a pszichoanalízis első professzora a világon *Ferenczi* volt, Magyarországon, a Tanácsköztársaság idején.

Ferenczi nemzetközi karrierje is ekkor érte el tetőpontját, hiszen az 1918. őszi budapesti kongresszus őt választotta a nemzetközi pszichoanalitikai egyesület elnökéül. Néhány hónap múlva az uralomra jutott ellenforradalmi rezsim megfosztotta katedrájától *Ferenczi*t, nemzetközi elnöki tisztét pedig — miután a pszichoanalitikai egyesület Budapestről irányíthatatlanná vált — *Ferenczi* fő riválisa, az angol *Ernest Jones* vette át.

A Tanácsköztársaság másik pszichoanalitikus professzora *Róheim Géza*, a néprajz művelője volt, akit az antropológia egyetemi tanárának neveztek ki. Megemlítjük, hogy a Tanácsköztársaság nem tett különbséget a pszichológia egyes irányzatai között: *Révész Géza*, a kísérleti lélektan nemzetközi hírű művelője is katedrát kapott a budapesti egyetemen. Nem differenciált az ellenforradalom sem: *Révész*től és *Ferenczi*től egyaránt elvették a katedrát. Két pszichoanalitikus, *Hárnik Jenő* és *Radó Sándor*, akik szoros kapcsolatban álltak a tanácsosokkal, emigrálni voltak kénytelenek.

Biztos, hogy a Tanácsköztársaság vagy akár egy polgári demokratikus rendszer fennmaradása esetén a pszichoanalízis kiléphetett volna elszigeteltségéből mind a pszichoanalitikus mozgalom társadalmi helyzetét, mind pedig tudományos pozícióját tekintve. A Horthy-rendszer uralomra jutásával ugyanoda süppedt vissza, ahol korábban volt: ösztönös ellenzéki pozícióba, megtört tudományként egy reakciós társadalomban. A magyarországi pszichoanalízis képviselői a századelő „második reformnemzedékéhez”, az őszirózsás forradalmat és — közvetve — a Tanácsköztársaságot előkészítő polgári progresszióhoz álltak közel, de legbaloldalibb tagjai eljutottak a szocialista munkásmozgalomig.

A pszichoanalízis orvosegyetemi oktatásáról, pszichoanalitikus intézet felállításáról szőtt álmok 1919 után természetesen nem valósulhattak meg. A nyílt antiszemita botrányok megszűnése azonban lehetővé tette a pszichoanalitikus mozgalom újjászervezését. Mivel a szervezéssel összefüggő feladatok most lényegesen kisebb terhet jelentettek, mint tíz-tizenöt évvel korábban, lehetővé vált az elmélyültebb tudományos és gyógyító munka. Így történhetett meg, hogy a permanens elszigeteltség, a hivatalos ellenszenv ellenére a húszas-harmincas évek a magyarországi pszichoanalitikus mozgalom, az ún. budapesti iskola működésének legtermékenyebb időszakává váltak.

A Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület tevékenysége felölelte a pszichoanalízis terjesztését (ideértve a pszichoanalitikusok kiképzését és továbbképzését, előadások, tanfolyamok tartását) és az anyagi helyzetük folytán a magánkezeléstől elzárt betegek terápiáját. Az egyesület nyilvános

ingyen rendelője 1931 végén nyílt meg. Megindult *Freud* összes műveinek kiadása; bár ez a vállalkozás félbemaradt, a legtöbb pszichoanalitikus publikáció Magyarországon erre az időszakra esik. *Ferenczi*n kívül a magyarországi pszichoanalízis legnevesebb művelői ebben az időszakban *Bak Róbert*, *Bálint Mihály*, *Hermann Alice*, *Hermann Imre*, *Hollós István* és *Róheim Géza* voltak. Mind-egyikük munkássága külön tanulmányt érdemelne.

A budapesti pszichoanalitikus iskola több volt, mint a nemzetközi pszichoanalitikus egyesület egyik függeléke, és semmiképpen sem jellemezhető *Freud* hódolóinak, kritikátlan követőinek csoportjaként, akik csak a pszichoanalízis megalapítójának tanításait visszhangozták. A magyarországi pszichoanalízis tudománytörténeti jelentőségét az adja, hogy — bár *Freud*hoz hasonló kiemelkedő egyénisége nem volt — bizonyos vonatkozásaiban, tendenciáiban a freudi pszichoanalízis előtt járt.

„Köztudott, hogy a pszichoanalízis megalapítója, *Freud*, többször változtatott felfogásán. Életművében periódusok vannak, a későbbi periódusok fejlettebbek az előzőknél, rendszerint úgy, hogy azokat nem tagadják meg, hanem magasabb szinten integrálják újabb szempontokkal. Ez az integráció a pszichoanalitikus teóriában *Freud* halála után is folytatódott” — írja *Buda Béla* (2). Igen erősen leegyszerűsítve így jellemezhetjük a klasszikus freudi pszichopatológiát: *Freud* a lelki élet dinamikájának vizsgálatában az intrapszichés tényezőkre helyezte a fő hangsúlyt (ha természetesen nem is áll az, hogy nem vette figyelembe a környezeti tényezőket). A pszichoanalízis fejlődésének új szakaszában — amelyet szimbolikusan jelez *Karen Horney Freud* halálának évében megjelent könyvének címe, az Új utak a pszichoanalízisben (8) — az új mélylélektani iskolák a pszichoanalízis új, észak-amerikai központjaiban az interpszichés, interperszonális történéseket vizsgálták nagyobb nyomatékkal, fokozottan vették figyelembe a külvilágot, a környezetet, amely ebben az esetben mindig egy vagy több másikat jelent. Az új pszichoanalízis nem feltétlenül ellentétes a freudi pszichoanalízissel, de feltétlenül más, szocializált.

A budapesti iskola teoretikusainak műveiben *Freud* élete és működése idején felfedezhető már — ha természetesen nem is kidolgozottan, átfogó összefüggéseiben — az amerikai pszichoanalízisben később érvényre jutó „mikrodeterminista” koncepció. Döntő különbség azonban (a kidolgozottság fokától eltekintve), hogy az amerikai szerzők felfedezéseiket főleg a szociológiában hasznosították, *Ferenczi* és iskolája pedig megmaradt a klinikai pszichoanalízis területén. Azok a magyar származású pszichoanalitikusok, akik már az „új pszichoanalízis” időszakában futottak be karriert az angolszász országokban (*Alexander*, *Bak*, *Bálint*, *Szász*), pályafutásukhoz a budapesti iskolából nyerték a municiót.

Hogy *Ferenczi* nem lépett tovább, annak egyik oka — mint már utaltunk rá — a magyar viszonyokban keresendő, melyek az efféle társadalomtudományi vizsgálódásoknak nem kedveztek. Más-

részt Ferenczi személyi tulajdonságainál fogva sem volt alkalmas ennek a feladatnak az elvégzésére. Spekulatív elméje — telepátia-hittel és bioanalízissel — a pszichoanalízis legrosszabb hagyományainak is foglyává tette. De ezzel együtt sem tagadható, hogy fél lábbal már elindult az „új pszichoanalízis” felé. Nem elhanyagolható szempont Freud elutasító magatartása sem a megrekedésben: a pszichoanalitikus mozgalomban a húszas évek végétől közismert volt Ferenczi és Freud viszonyának elhidegülése, s a felmerült nézeteltérésekre Ferencziről irt nekrológiában Freud is céloz (5).

A két világháború közti időszakban jelentek meg Magyarországon a rivális pszichoanalitikus frakciók. Máday István, aki 1911-ben Adlerrel együtt lépett ki a Nemzetközi Pszichoanalitikai Egyesületből, 1927-ben megalapította a Magyar Individuálpeszichológiai Egyesületet. A húszas évek második felétől működött a Független Orvosi Analitikusok Szövetsége, tagjai között Feldmann Sándorral, Gartner Pállal, Rapaport Samuval, Szinetár Ernővel stb.; az egyesület tagjai Stekel aktív analízisét követték. Ők adták ki az egyetlen magyar pszichoanalitikus folyóirat, a Lélekkutatás négy számát (10). A harmadik pszichoanalitikus „eretnek”, C. G. Jung tanítása talált Magyarországon a legkisebb visszhangra.

Szondi Lipót sorsanalízise az egyetlen nem freudi pszichoanalízis irányzat, amelynek megalapítója is magyar volt. „Freud magyar tanítványai közül kétségtelenül dr. Szondi Lipót vitte a legtöbbre” — véli joggal Szilágyi Vilmos (11). 1944 után Szondi karrierjét külföldön, Svájcban futotta be, s magyarországi tanítványainak útja is sokfelé ágazott el. Mint közismert, Szondi a modern genetika és a pszichoanalízis elveit próbálta összekötni elméletében. Bár monumentális életműve feltétlenül érdemi és részletes méltatást érdemel, úgy tűnik, hogy elméletének két alkotórésze közül elsősorban a genetika fejlődése tette kétségessé tanainak igazságértékét.

Az „eretnek” irányzatok bizonyos térhódítása ellenére, mint más országokban, Magyarországon is a pszichoanalízis freudi törzse maradt a legerősebb. Ez hatott leginkább az orvostudományon kívüli területekre is. Csak rövid célzás erejéig jelezzük a freudi tanok nagy hatását a húszas-harmincas évek magyar szépirodalmára (Babits Mihály, Füst Milán, József Attila, Kosztolányi Dezső, Márai Sándor stb.). Feldolgozásra várnak a pszichoanalízis és a magyarországi munkásmozgalom viszonyának, a marxizmus és a pszichoanalízis hazai összeegyeztetési kísérleteinek témái is.

1933 májusa jelképes dátum a pszichoanalízis történetében: a németországi könyvmáglyákra kerültek Freud művei — és meghalt Ferenczi Sándor. Ferenczi halála után, a fasizmus előretörésével nőtt a nemzetközi elszigeteltség a magyarországi pszichoanalízis körül. A faji törvényekkel hamarosan világgá kergették a magyarországi pszichoanalízis nagy tehetségű képviselőit: Bálint Mihályt, Bak Róbertet, Róheim Gézát és másokat. A Pszichoanalitikai Egyesület tagjai közül néhányan deportációban pusztultak el, másokat Buda-

pesten lőttek agyon a nyilasok. 1944-ben az uralomra jutott Szálasi-rezsim zúzdába küldte a pszichoanalitikus sajtótermékeket is.

A felszabadulás után a pszichoanalízis érdeklődése — a fasizmus tapasztalatainak hatására — fokozott mértékben fordult a társadalmi kérdések felé. Egészséges pezsgés indult meg, amelyben a pszichoanalízis és a pavlovi tanok, a pszichoanalízis és a marxizmus viszonyának elemzése éppen úgy helyt kapott, mint az elmehygiéne, a fejlődés-élettan, a pszichopatológia, a szociálpszichológia, a szexológia stb., egymással összefüggő problémaköreinek kutatására és fejlesztésére irányuló tendenciák.

A pszichoanalízis magyarországi vezető egyénisége ebben az időben Hermann Imre volt. Munkássága kisebb nemzetközi visszhangot keltett, mint Ferenczié; ez elsősorban azzal magyarázható, hogy elvontabb, ezotérikusabb témákkal foglalkozott (logika, matematika, tudománytörténet, gondolkodásélettan stb.). „Unser Philosoph” — mondta róla egy ízben Freud (6, 7).

Hermann Imre volt a pszichoanalitikus társaság utolsó elnöke, amikor 1948-ban feloszlatták az egyesületet. Mint köztudott, a pszichológiai kutatások — bármilyen irányból kiindulva is folytatták őket — ezután évekre megszakadtak. A magyarországi pszichoanalízis 1948 utáni fejlődési szakaszának krónikája azonban már külön tanulmányt igényelne.

Összefoglalás. A szerző végigkíséri a magyarországi pszichoanalitikus törekvések történetét a századfordulótól a negyvenes évek végéig. A pszichoanalitikus mozgalom magyarországi megalapítója, vezetője és legkiemelkedőbb elméleti művelője Freud legjobb barátja, Ferenczi Sándor volt. Munkássága bizonyos fokig előlegezi a Freud utáni, Észak-Amerikában kialakult, interperszonális és szociális irányzatú mélylélektan eredményeit. Halála után — részben a fasizmus előretörése miatt — a magyarországi mélylélektani mozgalom nem tudta elérni ugyanazokat az eredményeket, mint Ferenczi munkássága idején, bár 1945 után néhány évig mutatkoztak egy új fellendülés jelei.

IRODALOM: 1. Brown, J. A. C.: Freud and the Post-Freudians. 1964, Baltimore, Penguin Books. — 2. Buda B.: Valóság. 1967, X/8, 81. — 3. Ferenczi S.: A pszichoanalitikus mozgalom történetéből. In: Lelki problémák a pszichoanalízis megvilágításában. 1912, Bp., Nyugat. — 4. Ferenczi S.: Katasztrófák a nemi működés fejlődésében. 1928, Bp., Dick Manó. — 5. Freud, S.: Sándor Ferenczi †. In: Gesammelte Werke, Bd. XVI. 1952, London, Imago Publishing Co. — 6. Harmat P.: Beszélgetés dr. Hermann Imrével. Kézirat. — 7. Hermann Imre 80 éves. Orv. Hetil. 1969, 110, 2656. — 8. Horney, K.: New Ways in Psychoanalysis. 1939, New York, Norton. — 9. Jones, E.: The Life and Works of Sigmund Freud. 1953–1957, New York, Basic Books. — 10. Lélekkutatás. 1929/1, 1930/1, 1931/1, 1932/1. — 11. Szilágyi V.: Világosság. 1970, 11, 305. — 12. Ungvári G.: Orvosegyetem. 1970, XIV/7, 5.

Tüdőbeteg gondozó Intézet, Celldömök
(vezető főorvos: Prugberger Emil dr.)

Hilusi nyirokcsomó-duzzanattal járó BCG túlérzékenységi reakció

Prugberger Emil dr.*

Minden számottevően rendellenes oltási reakció méltatást érdemel, részletes elemzésük a további gyakorlat szempontjából is elengedhetetlen. Viszonylag elenyésző és jelentéktelen a BCG után fellépő rendellenességek száma. A kérdés két témakör köré csoportosítható. A BCG által létrehozott specifikus (2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30), valamint a fehérjetermészetű antigén által kiváltott nem specifikus szövödmények és oltási reakciók (5, 12, 19, 20, 22). Utóbbiak között érdemelnek besorolást a vaccinatio után bekövetkező szokatlan parallergiás jelenségek, melyek kapcsán az alábbi ritka bőrelváltozások léphetnek fel: keratoconjunctivitis phlyctenosa, urticaria, exanthema, ekzema vacciniforme, erythema nodosum, lichen.

Az alábbi eset érdeklődésre tarthat számot, mert a bőrelváltozáshoz kétoldali hiláris nyirokcsomó-duzzanat is társult. Az általam hozzáférhető irodalomban ilyen jelenséget ezideig nem dokumentáltak.

Esetismertetés

1974. február 9-én a késő délutáni órákban körzeti orvosa telefonon közölte, hogy Sz. A., 7 éves gyermek, az előző nap délelőttjén adott BCG oltást követően néhány óra múlva, testszerte színes gombostűfejnyi—borsónyi—lencsényi—babnyi, erősen viszkető, váladékkal telt bullosus exanthemák keletkeztek. Az urticaserű elváltozások főleg a törzsre lokalizálódtak, de a tenyér és talp kivételével mindenhol fellelhetők voltak a hajas fejbőrön és a száj nyálkahártyáján is. A fiú a fájdalmas, viszkető érzés miatt álmatlanul töltötte az éjszakát. T.: 37,6 °C. Cinkoxidos rázókeve-

rék étető kinzó fájdalmait alig csökkentette. A szóbeli leírás alapján erős hatású antihistamin adását javasolva, mielőbbi szakvizsgálatát kértük.

Két nap múlva jelentkezett a gyermek. Édesanyja elmondása szerint az oltás utáni 5—6. órában hirtelen forróságot, melegséget érzett torokégés kíséretében, majd gyorsan léptek fel a bőrelváltozások. A hólyagcsák zavaros, sárgás bennékűek voltak. A kezdeti súlyosnak tűnő állapot rövid időn belül javulást mutatott.

Ezideig a fiún allergiás reakció nem volt. Sem fertőző, sem egyéb megbetegedésre nem emlékszik. Családi anamnézisében figyelemre méltó, hogy apja mindhárom nagybátyja tüdőrákban halt meg.

A csaknem teljesen panaszmentes, jól táplált, jól fejlett fiún beszáradt vesiculák nyomai megtalálhatók. Váladékot azonban sem Gram-; sem Ziehl—Neelsen-festésre vagy leoltásra nem tudunk már nyerni. Az oltás körül 70×70 mm indurált udvar a bal karon. E felett két BCG heg látható. Nyirokcsomó sehol nem tapintható.

Mellkas rtg: jó rekeszmozgás, sinusok szabadok, hilusokban mindkét oldalon jelentősen megnagyobbodott lympho-glandulák. Szembetűnő a jobb oldali zölddiónyi kerek nyirokcsomó a középlebény köteges rajzolatával (1. ábra). Rétegfelvételeken jól ábrázolódnak a hörgőszlásokban ülő kétoldali duzzadt, nagy nyirokcsomók.

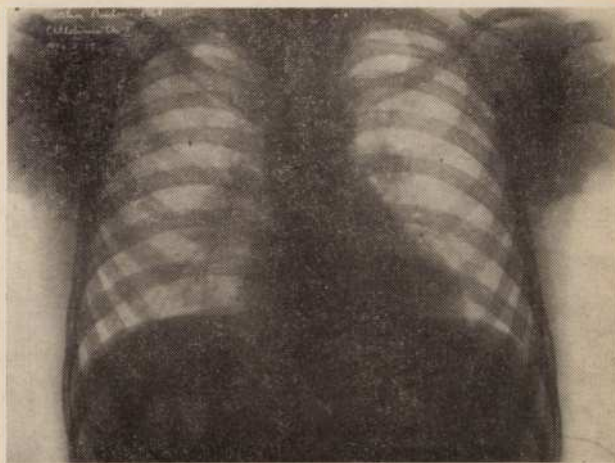
Tekintettel az állapot gyors javulására, gyógyszeres javaslat nélkül 6 nap múlva berendeltük kontroll vizsgálatra.

1974. február 18-ra a bőrelváltozások eltűntek.

Átnézeti mellkas felvételen csaknem teljes regressio látható. A hiláris lymphomák visszafejlődtek, minimális kötegezetség van a középlebény vetületében.

A rendellenes reakció okait vizsgálva megállapítottuk, hogy

1. frissen oldott lyophilizált (homogén, standard törzs) BCG lege artis intracutan adása után következett be. A gyermek az iskolai szűrés során Forte tapaszra tuberculin negatív volt.
2. Oltási lapja szerint 1967. VI. hónapban újszülöttkorban először, majd 1971. III. hónapban negatív tuberculo-allergiás próba után (Forte tapasz) ismételt BCG vaccinatio. Mindkét oltás menete és reakciója normális volt, a hegek leolvashatók.



Ábra.
A hiláris nyirokcsomók mindkét oldalon megnagyobbodtak, kifejezett az elváltozás jobb oldalon a középlebény kötegezetséggel

* Jelenlegi munkahely: Kórház-Rendelőintézet, Sárovar.

3. Immunológiai vizsgálatok során

- a) a Backhaus-féle semiquantitativ immun-elektroforetikus módszer az IgG, IgA és IgM normális értékeit mutatta, ezért quantitativ vizsgálatuk nem történt meg.
- b) Blast transformatio: Stimulációs ind. Párhuzamosan beállított felnőtt esetében: 10,8
Sz. A. 7 éves betegünk esetében: 12,3
A gyermekek észlelt csekély emelkedés nem tekinthető eltérésnek.
- c) Az ismételt elvégzett Mantoux-próba 1 : 10 000 PPD enyhe hyperergiát mutatott.

A fiú az esemény óta jól van, panaszmentes. Utolsó ellenőrző vizsgálatán, 1976. február 27-én, eltérést nem tapasztaltunk.

Megbeszélés

A fiún a kétoldali hiláris nyirokcsomó-duzzanat alapján a specifikus reakció lehetősége is szóba jött. Már Calmette észrevette, hogy a nevével törzsi oltása után a bacilusok gyorsan átjutnak a környéki nyirokgáton és távolabbi, így a mediastinális nyirokcsomók megnagyobbodását okozhatják. Ezt később többen is megfigyelték, de a vaccinatio és a lymphomák megjelenése között hetek, hónapok teltek el. Nyilvánvaló, míg BCG oltott gyermekeken a hetekkel, a hónapokkal később jelentkező hilusi és mediastinalis lymphomák specifikus reakcióra, addig esetünkben a tünetek egész heveny kifejlődése és ennek megfelelő rendkívül gyors múlása túlérzékenységi állapotra utaltak. A kezdetben ijesztő klinikai kép szerencsés fordulatot vett és rendeződött.

Bár a BCG oltás utáni túlérzékenységi állapotokkal kevés közlemény foglalkozik (5), tapasztalt gyermektüdőgyógyászok többsége találkozott hasonló jellegű klinikai képpel (1, 16). Önkéntelenül is felmerül a kérdés, hogy a gondosan elvégzett tuberculin próbák ellenére nem számolhatunk-e néha hamis tuberculin negatív esetekkel, mely számos technikai hiba függvénye lehet.

Az eset elemzése során az alábbi tanulságok szűrhetők le:

1. A tuberculin-diagnosztikában a Forte tapasztalás nem megfelelő kontroll eljárás. A szűrővizsgálatok során is csak intracutan próbákat lehet alkalmazni. A tisztított, lyophilizált tuberculinnak (P. P. D.) purified protein derivative) van leginkább jogosultsága.

2. Másokkal egyetértésben állíthatjuk (17), óvakodni kell a kritika nélkül alkalmazott többszörös újraoltásoktól. BCG vaccináltakon a negatív tuberculin próbát ismételt ellenőrizni kell, s körültekintéssel lehet csak a revaccinációt elvégezni.

Összefoglalás. A szerző 7 éves gyermek rendellenes BCG oltási reakcióját közli. A beteg általában BCG allergia lépett fel, amely kiterjedt bőrelváltozásban és a hilusi nyirokcsomók duzzanatában nyilvánult meg. Az eset kapcsán javasolja, csak intracutan próbákat használjanak a tuberculin-diagnosztikában. Ismételt BCG oltások elvégzése során körültekintéssel járjanak el.

Köszönetnyilvánítás

Az immuno-elektroforetikus és blasttransformatio vizsgálatok szíves elvégzéséért Tomcsányi Attila dr.-nak, az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet biokémiai osztálya tudományos osztályvezetőjének ehelyütt mondunk köszönetet.

IRODALOM: 1. Andrásföszky B.: Hozzászólás a Gyermektüdőgyógyász Társaság vezetőségválasztó ülésén, 1974. nov. 1. Budapest. — 2. Bouton, J. és mtsai: Brit. med. J. 1963, 1, 1512. — 3. Chaves-Carballo, E., Sanchez, G. A.: Clin. Pediat. 1972, 11, 693. — 4. Chiari, H., Zischka, W.: Zbl. allg. Path. 1959, 100, 105. — 5. Diamond, J.: Lancet. 1963, 2, 875. — 6. Eriksson, U., Hjelmstedt, A.: Radiology. 1971, 101, 575. — 7. Evans, R. G., Warner, J.: Arch. Dis. Childh. 1967, 42, 448. — 8. Falkmer, S. és mtsai: Acta pediat. scand. 1955, 44, 219. — 9. Fedák S.: Gyermekgyógyászat. 1974, 25, 386. — 10. Flesch I.: Orv. Hetil. 1964, 105, 971. — 11. Foucard, T., Hjelmstedt, A.: Acta orthop. scand. 1971, 42, 142. — 12. Ganguin, H. G. és mtsai: Zschr. Erkr. Atm. 1969, 130, 101. — 13. Gardborg, O. és mtsai: Acta pediat. scand. 1963, 52, 293. — 14. Halász S.: Gyermekgyógyászat. 1963, 14, 334. — 15. Halász S.: Orv. Hetil. 1973, 114, 734. — 16. Halász S.: Hozzászólás a Gyermektüdőgyógyász Társaság vezetőségválasztó ülésén, 1974. nov. 1. Bpest. — 17. Hempel, H. C.: Kinderärztl. Prax. 1959, 27, 378. — 18. Horwitz, O., Meyer, J.: Adv. Tuberc. Res. 1957, 8, 245. — 19. Hsing, C. T.: Amer. Rev. Resp. Dis. 1963, 88, 402. — 20. Jørgensen, B., Horwitz, O.: Acta tuberc. scand. 1956, 32, 179. — 21. Krutsay M., Kelemen K. M.: Orv. Hetil. 1967, 108, 2521. — 22. Lugosi L.: Orv. Hetil. 1972, 113, 757. — 23. Mahnke, P.-F.: Zschr. inn. Med. 1967, 22, 806. — 24. Meyer, J., Jensen, K. A.: Amer. Rev. Tuberc. 1954, 70, 402. — 25. Nitsch, K.: Mschr. Kinderheilk. 1972, 120, 283. — 26. Nyáradi A.: Tuberk. és Tüdőbetegségek. 1974, 27, 372. — 27. Tóth E., Rácz D.: Gyermekgyógyászat. 1969, 20, 485. — 28. Ustvedt, H. J.: Bull. Wld. Hlth. Org. 1950, 2, 441. — 29. Veslot, J. és mtsai: Arch. franc. Pediat. 1966, 23, 1113. — 30. Warner, J.: Brit. J. Derm. 1966, 78, 549.

Issekutz Béla akadémikus 90 éves

Jó egészségben, szellemi frissességben betöltötte 90. évét Issekutz Béla akadémikus, a farmakológiai tudományok nesztora.

A kerek születésnap ez esetben a magyar tudomány egyik legeredményesebb és nagy népgazdasági jelentőségű ágának, a gyógyszerkutatásnak is ünnepe, hiszen Issekutz Béla neve elválaszthatatlan attól a folyamattól, mely a szerény kezdetektől a mai nemzetközi rangú gyógyszerkutatás és az arra épülő, fejlett gyógyszeripar kialakulásához vezetett hazánkban.

Aligha lehetne szebben és meghatóbban összefoglalni életének, munkájának lényegét mint saját szavaival, melyeket 90. születésnapja alkalmából mondott egy újságírónak:

„... kutató voltam, akinek az a feladat jutott, hogy megszervezze a gyógyszerkutatást az országban. Az én eredményem az, hogy gyógyszerkutatás folyik, szinte minden tanszéken, minden gyárban, intézetben tanítványaim, vagy az ő tanítványaik vannak. Ez az én életem eredménye: hogy a magyar gyógyszeripar ott áll, ahol áll. Ami tölem tellett: megtettem, és azt hiszem, a legjobban tettem meg, ahogy csak tudtam”.

Életpályájának állomásai, a sebesség, ahogyan a ranglétrán előrehalad, az ő esetében eredményes munkásságának jó mutatója. 28 évesen a kolozsvári egyetem magántanára. Ekkor kerül kapcsolatba a Chinoinnal, hogy azután a sok évtizedes töretlen együttműködése ezzel a gyárral, gyógyszeres sorának megszületéséhez vezetessen. 31 éves, amikor a máig is gyógyszerként használatos novatropint, első originális vegyületét publikálja. 33 éves, amikor 1919-ben Károlyi Mihály kormánya professzorral nevezi ki. Csak fél évig működik Kolozsvárott, majd Szegeden folytatja munkáját. Az ott életre hívott új orvosi egyetemen szervezi meg a Gyógyszertan tanszéket. Szerény keretek között folytatja kutatásait és részt vesz a tudományos közéletben. 42 éves, amikor az egyetem rektora lesz. Bár a Horthy-Magyarország különösképpen nem kedvez a kutatásnak, néhány kiváló egyéniség utat tör magának. Így nő fel Szegeden Issekutz professzor atyai támogatásával egyik legkedvesebb tanítványa, Jancsó Miklós és kerül fiatalon a magyar kutatás élvonalába. Bár nagy nevelő egyénisége a szegedi években is kitűnik, csak a II. világ-

háború utáni esztendőök objektíve kedvező új feltevélei között válik ez nyilvánvalóvá.

51 éves, amikor 1937-ben elfogadja a Pázmány Péter Tudományegyetem meghívását. Előbb a Gyógyszerismereti tanszéken tanít, majd 1939-ben átveszi Vámosy Zoltántól az Orvoskar nagy múltú, 1766-ban alapított, Gyógyszertan tanszék vezetését. Elődei 1872-től Balogh Kálmán, Bókay Árpád és Vámosy Zoltán tekintélyes tudósok és közéleti személyiségek voltak, mindnyájan a Magyar Tudományos Akadémia tagjai. Nem töri meg a hagyományt, a tanszék átvételének évében az Akadémia levelező tagjává választja. A háborús évek takaréklángra állítják a kutatást, de 1948–49-ben olyan intenzitással indul meg a munka, amilyenre a múltban nem volt példa. Az új Magyarország újjászületett Akadémiája addig elképzelhetetlen bőkezűséggel serkenti és támogatja a kutatást.

Ezekben az években tömegesen áramlanak lelkes fiatalok, főleg orvostanhallgatók az Issekutz-intézetbe, ahol a vezető megértése, bölcsessége szabad utat nyit előttük. Ezekben az években indul útjára az a gárda, melyből azután annyi sok magyar és külföldi farmakológiai kutatóhely vezetője került ki. Ma szinte valamennyi egyetemi farmakológiai tanszéken és egyéb gyógyszeres kutatóhelyen Issekutz tanítványai, illetve tanítványainak tanítványai vannak vezető posztokon.

A nemzetközi kutatásban is mindenfelé találkozhatunk olyanokkal, akik intézetében kapták az első lökést és máig is emléket őriznek az ott töltött évek lelkes, tudományt szerető hangulatából. Kedves mondása „tanítványaim feje fölött soha nem nyugszik le a Nap”, a jogos megelégedés érzésének kifejezése. Az ötvenes évek eleje sok személyes, tudományos siker tanúja. Ekkor érnek meg a gyógyszeres hatás és kémiai szerkezet összefüggéseire vonatkozó elgondolásainak gyakorlati eredményei. 1952-ben kapja meg a Kossuth-díjat, ugyanebben az évben választja az Akadémia rendes tagjává.

Mi tanítványai mindennapi munkánkban szinte öntudatlanul hasznosítjuk azokat az alapvető élményeket, amelyeket legfogékonyabb éveinkben intézetében átéltünk. Belénk nevelődött a teóriák alapvető fontosságának, az új megismerését katalizáló jelentőségének elismerése mellett, az egzakt tudományos módszerek fontosságának, a kísérletes tények, a konkrét adatok elsőbbségének tudata, a tudományos igazság alázatos tisztelete. Intézetében megértettük a megbízhatóság különös jelentőségét a gyógyszerkutatásban. Ő tanított meg minket arra, hogy „nem baj, ha a tudománynak gyakorlati haszna is van”. Elméleti munkánkban sem felejtjük el, hogy a gyógyszerkutatásnak gyakorlati célja az ember egészségének legteljesebb szolgálata.

Mély tisztelettel, sok szeretettel és őszinte ragaszkodással köszöntjük a 90 éves Issekutz akadémikust, örülve annak, hogy körünkben van és ma is hozzájárul bölcs észrevételeivel, jelenlétével a hazai gyógyszerkutatás gondjainak megoldásához.

Knoll József dr.

Tisercinetta®

draszé

neurolepticum, antipsychoticum

JAVALLATOK

A pszichiatriában és az ideggyógyászatban főleg:

depressio, neurosis, ingerlékenység, alvászavar, hangulati labilitás, környezetbe való beilleszkedési zavar, izgalmi és kimerültes állapot gyógykezelése;

belgyógyászati betegségekhez társuló ideges zavarok, vegetatív tünetek kezelése főként:

a hypertonia-betegség neurogen szaka, angina pectoris, tüdőgyógyászatban functionalis eredetű köhögés csillapítása, ulcus, cholecystopathia, neuralgia, arthrosisos fájdalom, pruritus, idős, agyi érlemeszesedésben szenvedők enyhe zavartsága, depressiója, alvászavarok kezelése, adjuválása.

Kisebb orvosi beavatkozások előkészítésekor is alkalmazható, potenciáló hatása miatt.

ADAGOLÁS

Egyéni; a kezdő adag általában felnőtteknek napi 1 draszé, mely a következő napokban fokozatosan emelhető, a kívánt hatás eléréséig, átlagosan napi 3–5 draszéig. Gyermekeknek az átlagos napi adag 0,25 mg/kg.

A napi adagot 2–3 részletben (az esti adagot a nappalinál lehetőleg magasabbra szabva) célszerű bevenni, szétrágás nélkül, fél pohár vízzel, étkezés közben vagy után.

Nagyobb levomepromazin adagok szükségessége esetén a 25 mg hatóanyagtartalmú **Tisercin** draszé alkalmazandó.

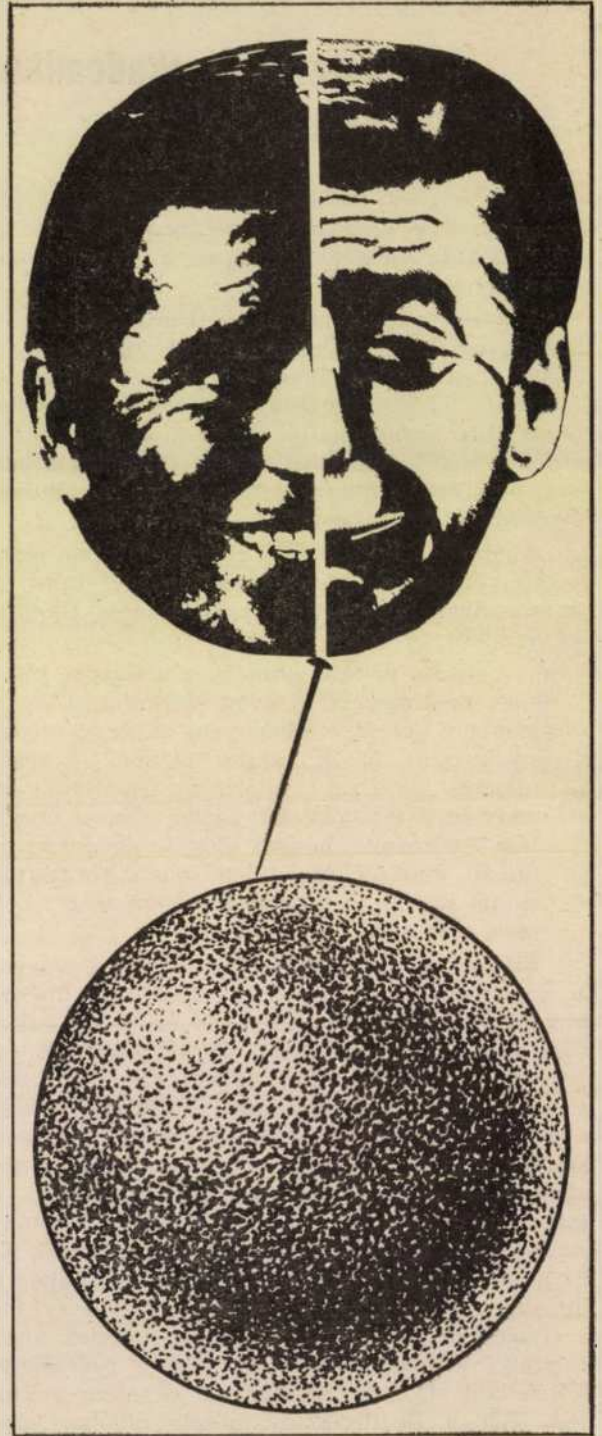
MELLÉKHATÁS

A fenti adagolás mellett ritkán előforduló somnolentia, szédülés, szájszárazság. Alacsony tensio vagy collapsushajlam esetén célszerű a beteget eleinte fektetni. Az első napokban ugyanis a panaszok gyakoribbak, de fekvő helyzetben megszűnnek vagy nem is jelentkeznek.

A Tisercinetta szedésével egy időben a beteg alkoholt ne fogyasszon. Barbiturátokkal együtt csak kellő óvatossággal adható.

Járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által az egyéni érzékenységnek megfelelően előírt adagban szedhetik.

Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján szabadon rendelhető.



20 draszé à 2 mg levomepromazin 7,80 Ft
200 draszé à 2 mg levomepromazin 41,70 Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR

Az Életkörülmények és az Egészség Vizsgálatára alakult Nemzetközi Orvostudományi Társaság (AMIEVS) VII. Kongresszusa.

Az AMIEVS VII. nemzetközi kongresszusa nehezen jött létre, nehezen talált befogadó helyet. A társaság munkáját nagymértékben befolyásolta a békedíjas, nemzetközileg elismert tudós, *Josue de Castro* professzor vezetése és erősen haladó politikai biopolitikai vonala. 1973-ban bekövetkezett halála megtorpanást jelentett a társaság munkájában, amelyben az elhunyt tekintélye is fontos szerepet játszott. A várni kongresszuson 1972-ben felvetődött, hogy a legközelebbi kongresszust Törökországban tartják, azonban a törökök elzárkóztak bármilyen „politizálástól”. Hasonló ok miatt nem kaphatott helyet a AMIEVS Hamburgban sem. Az elhunyt elnök utolsó körlevelében közölte, hogy az NSZK csak akkor engedélyezi a kongresszust, ha lemond a „biopolitikai tartalomról”. „Természetesen ezt nem vállaljuk” — írta Castro. Szóba jött Svédország is, végül az olasz csoport Bolognában vállalta a rendezést. A kongresszus fő témája „az orvostudomány szociális felelőssége” volt, ennek keretében orvosetikai problémák, az idősebb életkorban mutató orvosszociológiai kérdések, az orvostudományban az emberrel végzett kísérleteknek minősíthető eljárások kerültek megvitatásra. Az AMIEVS szellemének megfelelően az aktuális politikai helyzet vonatkozásai is szót kaptak; a kongresszuson megjelent négy chilei küldött, köztük Corvalan leánya, beszámoltak a chilei orvosok helyzetéről a junta elnyomása alatt.

A délelőtti plenáris üléseken fő referátumok hangzottak el, megbeszélések és viták bontották ki a téma anyagát a délutáni kerekasztal-megbeszéléseken.

H. P. Klotz francia professzor, az emberen végzett kísérletekről tartott előadást. Véleménye szerint néhány gyógyszer alkalmazása kísérletnek tekinthető, mivel későbbi hatása előre még nem látható. Előadása fontos orvosetikai problémákat érintett, többek közt, hogy a természetes kiválasztódást sokszor károsan befolyásolja az orvosi ténykedés, maga az oltások, a praeventio is bizonyos eltérést jelent a természetes kiválasztódásban. A betegellátás különböző módon, de általában meg van szervezve, kevésbé van megoldva az egészségesekekkel való egészségügyi törődés, tehát a praeventio, egészségnevelés kérdése.

A kiválasztódás befolyásolása miatt a biológiai egyensúly veszélybe juthat. Tárgyalta az urba-

nizációt is. Új módszerek, tudományos kísérleteknél felmerülő etikai, jogi és politikai kérdések, köztük az „önkéntesség” elvének tárgyalása is szóba került. Konklúziója: „A kísérleteket az emberért és nem az ember ellen kell végezni”. Egy gondolat nagyon aktuális problémát érintett: az orvos felelőssége a megkínzottak „reanimálásánál”.

A fő referátum csatlakozott E. Biocca (Olaszország) előadásához, az orvosetika és emberi méltóság kérdéséhez.

Hangsúlyozta, hogy a tudomány nem lehet sterilen megóvni napjaink politikai aktualitásától. Az orvosi munkának meg kell lennie a szocialista és politikai tartalmának, amelyről nem vonatkozhat el, „a humanizmust a nehéz körülmények közt is újra kell élesíteni”.

C. Tsaregorodtsev akadémikus, a társaság szovjetunióbeli csoportjának vezetője. „A szociális felelősség, a szocialista államok orvostudományában” címen tartott referátuma beszámolt a szocialista humanista álláspont elveiről és gyakorlatáról.

Délután négy kerekasztal-megbeszélésre oszlott a kongresszus közönsége. Egyik az orvos felelősségét vitatta a fogságba esettek, menekültek helyzetében, és a felszabadító háborúk körülményei között.

Az ellenállásnak kevés ilyen dokumentációja van, de kétségtelen, hogy a felszabadító háborúk ilyen vonatkozásban nem szorítottak csak fegyveres küzdelemre.

Egy másik kerekasztal a harmadik életkor kérdésével foglalkozott. A. Lessa, portugál professzor vezetésével. A bevezető talán szokatlannul hangsúlyozta az emberi bőr állapotának fontosságát az öregkorban. „A bőrmembrán külön szerv, önálló élete van, mint térkép mutatja az egyén történetét és korát”. Az öregségre való előkészítést 40 éves kortól kellene megkezdeni. Gondoskodni kell az idősebb korban a lakás, étkezés ellátáson kívül bizonyos szellemi és fizikai tevékenységről is. Természetes, hogy szóról szóra elhangzott az „Élet az éveknek”. V. Brickner az USA-ban történő szociális házigondozásról számolt be. E kerekasztalon hozzászólásként röviden vázoltam a hazai időskori szociális gondozást. Érdeklődéssel hallgatták, hogy kastélyaink jó részében idős emberek találtak otthonra.

A kerekasztal külön foglalkozott a terhesgondozás orvosi-humánszociológiai kérdéseivel is.

Talán a legélénkebb vita abban a témában volt, amelyben főleg az olaszok vitatták az orvosi tevékenység különböző formáit Olaszországban: „Milyen a medicina és kinek?”

A. Gonza-Les-Dagnino chilei küldött beszámolt az elnyomásban lévő orvosok helyzetéről, ezzel kapcsolatban érintette Latin-Amerika egészségügyi helyzetét.

A felsorolások csak jelezhetnék azt a színes, helyenként szenvedélyes hangú vitát, ami a kérdések körül kibontakozott.

A kongresszus helye, Bologna, nemcsak a legrégebbi orvosegyetem városa, hanem az olaszországi szocializmus egyik fő bázisa. Vezetőségében kommunista-szocialista többség van. (Egyik jellemző intézkedés, hogy reggel 9-ig, amíg a dolgozók a munkahelyre mennek, az autóbuszban nem kell fizetni.) A kongresszus egyik programpontja volt a találkozó a bolognai munkások képviselőivel. Egyik este pedig kegyeletes látogatást tettünk a Bologna körül emelkedő hegyek egyik kopár csúcsán levő „Mártírok útján”, a jellegzetes háborús emlékműnél. Az ösvény két oldalán kőtömbökbe vésték az 50 partizán nevét, akiket itt közvetlenül az amerikai bevonulás előtt a fasiszták kivégeztek.

A bolognai kongresszuson erősnek és jól szervezettnek mutató olaszországi csoport vállalta, hogy az AMIEVS székhelyét Bolognába helyezték át és az ügyvitelt a kongresszus elnöke G. Favilli mint ideiglenes elnök és R. Venturi titkár vezette.

Kétségtelen, hogy az AMIEVS nincs könnyű helyzetben, mivel az említett kifejezett politikai magatartása miatt a nyugati országokban nehezen kaphat hivatalos támogatást, továbbra is elsősorban az olasz és francia, szovjet csoportra támaszkodhat, de jól szervezett kongresszus volt Csehszlovákiában és Bulgáriában, Portugáliában is szervezeten folyik a társaság munkája, itt lehetőségei a szocialista rendszerben megerősödtek.

A bolognai kongresszus sikeres és a társaság célkitűzéseinek és biopolitikai elveinek megfelelő volt, amelyen nemcsak a társaság régi tagjai találkoztak, hanem Olaszországban is komoly bázis alakult ki, ez remélhetőleg a társaság megerősödéséhez fog vezetni. Megfelelt a kongresszus az elhunyt elnök szavaival leszögezett elveknek: „Munkánk és kongresszusaink tárgykörének elég körülírttnak kell lennie ahhoz, hogy valóban tudományos alappal tanulmányozhassuk, és elég tágan ahhoz, hogy széles körű érdeklődésre tarthasson számot, mert az életkörülmények vizsgálata a maga összetettségében az ember életének vizsgálata, a reális valóságban és nem speciális tanulmányok absztrakciója”. Ebben a szellemen a bolognai kongresszus is mindig „emberközben” maradt.

Konkoly Thege Aladár dr.



Klinikai pharmacologia

Acut myocardialis infarktust komplikáló bal kamra elégtelenség vasodilatator kezelése phentolamin-al. Perret, Cl. és mtsai (Inst. of Pathophysiol. and Intensive Therapy Unit, Med. Dept. Univ. Hosp., Lausanne, Svájc): Brit. Heart J. 1975, 37, 640—646.

A bal kamra gyengeség gyakori komplikációja az akut myocardialis infarctusnak. A szívelégtelenség kezelését ebben a betegségben eddig három különböző úton közelítették meg: pozitív inotrop szerek adásával (a megmaradt sérülés nélküli myocardium kontraktilitásának fokozása céljából), vasopressor aminok alkalmazásával a coronaria perfusio javítása céljából, hogy ezáltal korlátozzák az infarctus kiterjedését, és diureticumok adásával, hogy a keringő vértérfogatot csökkentsék, s ezáltal a pulmonalis pangást enyhítsék.

A kezelés ezen formái lényegében kedvezőtlennek mutatkoztak: a perctérfogat nem mindig javult digitalis készítmények hatására; a vasopressor aminok növelik a már amúgy is sérült myocardium túlterhelését (afterload), és végül a diureticumok tovább csökkenthetik a perctérfogatot a vénás visszafolyás csökkentése révén.

A szerzők jelen vizsgálatukat a phentolamin (Regitin) haemodinamikai hatásának tanulmányozására végezték, és alacsony dózisban adták a gyógyszert, hogy az afterloadot csökkentsék anélkül, hogy nagymértékben csökkentsék a coronaria infúziós nyomást.

15 betegen végezték a vizsgálatokat (11 férfi és 4 nő, életkoruk: 34—77 év) az akut myocardium infarctus tüneteinek kezdete után 24 órán belül.

A vasodilatator kezelés megkezdése előtt egy beteg kivételével mindegyiknek volt szívelégtelenségre utaló tünete: IV. hang okozta galopp rhytmus, tüdőbázisok felett zörejek és a pulmonalis pangás radiológiai jelei. Mindezek a betegek először oxigént és analgeticumot kaptak a phentolamin alkalmazása előtt.

Minden betegen jobb pitvari, közepes pulmonalis arteria és pulmonalis capillaris nyomást (PCW) regisztráltak, a perctérfogatot termidilációs technikával határozták meg. A szívindexet, verőtér-fogat indexet, systemás vascularis resistentia indexet, pulmonalis vascularis resistentia indexet megadott képletek segítségével számolták.

Amikor a ballont radiológiaiilag megfelelő helyre juttatták és a be-

teg nyugalmi állapotban volt, amelyet sorozatban elvégzett haemodinamikai mérések bizonyítottak, akkor 5%-os dextroseban oldva phentolamint infundáltak a jobb pitvarba 10 mg/óra sebességgel, egy órán át. Minden mérést megismételték a phentolamin infúzió végén.

Megállapították, hogy a szívindex (CI) átlagban 0,5 liter/m²-rel emelkedett, a szívfrekvencia és verőtér-fogat egyidejű növekedése következett. A perctérfogat ezen növekedését a közepes pulmonalis capillaris nyomás csökkenése, valamint a jobb pitvari nyomás csökkenése kísérte, az első 20 Hgmm-ről 13 Hgmm-re, a második 10 Hgmm-ről 7 Hgmm-re csökkent. A közepes pulmonalis arteriális nyomás 32 Hgmm-ről 24 Hgmm-re süllyedt. A közepes arteriális vérnyomás 112 Hgmm-es átlagról 99 Hgmm-re csökkent. A systemás vascularis resistentia átlagos csökkenése 25%-os volt.

5 betegen a próbát kétszer, 3 betegen háromszor ismételték meg. A haemodinamikai válasz minden próbában hasonló volt. A phentolamin hatása 30 perccel az infúzió befejezése után megszűnt. A 15 vizsgált beteg közül 2 meghalt, 1 irreverzibilis szívelégtelenségben, amely septum perforatiót követett, a másik kamra-fibrillációban. (Az egyiknek a közepes arteriális nyomása phentolamin hatására 97-ről 88 Hgmm-re; a másiké 90-ről 80 Hgmm-re csökkent.)

Arra nincs közvetlen bizonyíték, hogy a phentolaminnak pozitív inotrop hatása volna, de nincs kizárva az a lehetőség, hogy a bal kamrai végdiastolés nyomás esése indirekt módon javíthatja a myocardium teljesítőképességét a sub-endocardialis perfúzió javítása révén.

Végül a szerzők megemlítik, hogy ilyen terapiás eljárás csak állandó haemodinamikai monitorozás mellett lehetséges.

Böszörményi Ernő dr.

A phentolamin hatása a coronaria véráramlásra friss myocardium infarctusos betegeken. Gould, L. és mtsai (Cardiac Catheterization Laboratory, Misericordia Hospital, N. Y., USA): Brit. Heart J. 1975, 37, 647—651.

A rubidium (Rb) myocardialis clearance-et meg lehet határozni praecordialis számlálóval ⁸⁶RbCl iv. injekciója után. 8 friss myocardium infarctusos betegen végezték el ezt a vizsgálatot 10 mg phentolamin infúziója előtt és után, mely infúziót 0,3 mg/min

sebességgel alkalmaztak. A praecordialis számlálást 5×5 cm-es NaI(Tl) scintillációs detektor képzezte ólom-collimátorral, amely 150 mm hosszú volt, 110 mm külső átmérővel.

A kísérleteket reggel nyugalmi állapotban háton fekvő betegen végezték. Cournand-kanült vezettek be a jobb brachialis arteriába. A detektort a szívkontúr közepére helyezték. 15 μ Ci ¹³¹I-t (RIHSA) 0,5—1 ml konyhasóban fecskendeztek be gyorsan a bal könyökvénába. 30 mp-cel az injekció után a praecordialis számlálás és az arteriális vérvétel megkezdődött, mindkettő 3 percig tartott és 1 ml vért vettek minden 4 mp-ben. 5 perccel belül 150 μ Ci ⁸⁶RbCl-ot fecskendeztek be a könyökvénába 0,5—1 ml konyhasóban oldva. Praecordialis számlálást végeztek és arteriális vérmin-tákat vettek ugyanúgy, mint a RIHSA injekció után.

Ezután 10 mg phentolamint infundáltak 0,3 mg/min sebességgel. Az infúzió végén megismételték a radioizotóp vizsgálatokat ¹³¹I-dal és ⁸⁶Rb-mal. Vigyáztak arra, hogy a detektor ugyanabban a pozícióban maradjon. A myocardialis clearance számítását cikkekben részletesen közlik. A vizsgálatokat átlagban 10 nappal az akut myocardium infarctus kezdete után végezték. A myocardium Rb-clearance átlagban 89,3±29,9 ml/min/100 g myocardium volt. Phentolamin után mind a nyolc esetben növekedett a myocardialis clearance, átlagban 117,3±33,3 ml/min/100 g myocardium értékre. A phentolamin kismértékű, de szignifikáns esést okozott a diastolés vérnyomásban és szignifikáns emelkedést a szívfrekvenciában.

Ehhez a módszerhez két izotóp szükséges. A nem diffúzibilis RIHSA indikátor praecordialis beütési száma a vérbeli radioaktív koncentrációval van arányban. Másrészt a ⁸⁶Rb iv. injekciója után a praecordialis aktivitás intravascularis és extravascularis komponensből áll. Az extravascularis komponensből főleg a myocardialis aktivitás okozza. Az intravascularis aktivitásból az intraventricularis aktivitás kivonása a myocardialis aktivitást adja meg.

A szerzők szerint a módszer fő előnye az, hogy elkerülhető a coronaria sinus kateterizáció és a mérés rövid ideig tart. A módszer fő hátránya, hogy ⁸⁶Rb által kibocsátott gamma-sugárzás kis százaléka relatíve nagy radioaktív dózisok alkalmazását követeli meg, amely beszűkíti az elvégezhető mérések számát; egy személyen maximálisan két mérést lehet elvégezni.

Böszörményi Ernő dr.

A béta-2* sympathicomimetikus aerosolok az asthma bronchiale kezelésében. Leifer, K. N., Wittig, H. J. (Dept. Ped., Div. Allergy and

A szerzők a világirodalom alapján áttekintik a béta-adrenergias hörgőtágító aeroszolakat effektus, a hatás időtartama és toxicitás szempontjából. Amikor Land és mtsai a hatvanas évek közepén kémiai szempontból megmagyarázták a különböző catecholamin analógok selectiv alfa, béta₁ és béta₂ hatásait, egy egész áradata indult meg a catecholamin és resorcinol készítmények előállításának. Béta₂ specificitást a salbutamol, fenoterol, terbutalin és hexoprenalin mutatott. A „kulcslyuk” theoria szerint minél nagyobb a nitrogen-kötött rész, ami a catechol vagy resorcinol bázissal kapcsolódik, annál specifikusabb a hatóanyag. A catecholamin gyűrű megváltoztatásával az egyes készítmények hatásának időtartamát lehet növelni. A salbutamol és terbutalin hátránya, hogy orálisan tremort okoz, amit azzal magyaráznak, hogy a májban a transzmethylase enzim lebontja és elveszti béta₂ specificitását. Ezzel szemben a fenoterol és salmefamol methanol csoportja megakadályozza a catechol o-methyl transferase lebontó hatását és ezért nem okoznak tremort és tachycardiát. A hexoprenalin hasonló hatású lehet, bár irodalmi adatai nem kielégítőek. Végül a szerzők kitérnek az aeroszolak nem kívánt mellékhatásaira, melyeket azonban nem ítélnék meg annyira pesszimistakusan, mint az angolok, feltéve, ha megfelelő kontrollal adagolják azokat.

(Ref.: A cikk írói abból indulnak ki, hogy az Egyesült Államokban az említett béta₂ stimuláló agensek még nem kaphatók. Mi abban a helyzetben vagyunk, hogy valamennyi említett készítménnyel elegendő tapasztalatot gyűjtöttünk, sőt a készítmények megfelelő indikáció alapján hivatalosan meg is szerezhettek. Klinikofarmakológiai összehasonlító vizsgálataink alapján az említett készítmények közül a fenoterol a legjobb, azonban ezt is csak limitált dosisú aeroszolban javasoljuk.)

Hajós Mária dr.

A lymphocita guanylcikláz válassza propranololra, noradrenalinra, thymoxaminra és acetylcholinra extrinsic asthma bronchialisban. A. M. Haddock és mtsai: British Medical Journal 1975, 2, No. 5967, 357–359.

A vizsgálatok indítéka Szentiványi béta-blokkoló elmélete volt asthma bronchialisban; ez vezetett a catecholaminra adott adrenerg válaszok tanulmányozására is.

Többen megerősítették, hogy az asthmás betegek béta-2 adrenerg válasza catecholaminra csökkent.

Az is bizonyított, hogy a 3'–5' cyclikus adenosinmonophosphat (cAMP) a secundær messenger a béta-adrenerg válaszok közvetítésében. A human leukocita plasmamembránjában az adenocycláz felfedezése óta úgy látszik, hogy az izolált leukocyták vizsgálata alkalmas az asthmában észlelhető biokémiai defektus igazolására.

A szerzők a lymphocita guanylcikláz választ tanulmányozták alfa-antagonisták hatására. 10 normál és 12 asthma bronchialisban szenvedő beteget vizsgáltak meg. Normál egyéneknél a noradrenalin + propranolollal történő alfa-adrenerg stimuláció szignifikáns emelkedést okoz a cyclikus guanosin monophosphat képződésében, ugyanígy az acetylcholin kiváltó cholinerg stimuláció is. Az alfa-receptor blokkoló thymoxamin ezen enzymbrendszert szignifikáns stimulációt okozott, az acetylcholin a thymoxaminnal kiváltott stimulációban additív szerepet tölt be. Ezzel szemben asthmás betegek lymphocytáinak guanylcikláz aktivitása ezen stimulusokra nem változott, szemben a normál kontrollal, és a remisszióban levő asthmások lymphocytáinak válaszreakciójával. A szerzők ezen megfigyelések eredményeit tárgyalják a bronchomotoros tónus fenntartásában. Ismeretlik a lymphocytapreparálás és a guanyl cikláz aktivitás meghatározásának módszereit.

Horváth Tünde dr.

Phenformin és hypertensio. Szerkesztőségi közlemény: Brit. med. J. 1975, 3, 724.

A phenylaethylbiguanidot (phenformint) elsősorban az idősebb, kövőbb cukorbeteg kezelésére alkalmazzák. A régebbi, cardiovascularis veszélyt jelző közlések után az újabb UGDP-vizsgálatok szerint ezek a készítmények a vérnyomásértékeket emelik. Ez a vélemény annál inkább figyelemre méltó, mivel maga a diabetes is növeli a cardiovascularis megbetegedések kockázatát, és ez a veszély még jelentősebb akkor, ha egyéb rizikófaktorok (mint pl. hypertonia) is társulnak hozzá. A phenforminnal kezelték kétszer több cardiovascularis halálozást észlelték, mint a placeboval és insulinnal kezelt cukorbetegek között.

A korábbi UGDP-vizsgálatok eredményét kritikával fogadták. Kimutatták, hogy a betegek egy részének nem is volt diabeteze, felének testsúlya pedig az ideálisnál 33%-kal volt nagyobb, és ezek egymagában diétára is beállíthatók lettek volna. Kérdésessé vált a különböző csoportok összehasonlíthatósága is. A phenforminnal kezelték vérnyomásértékei ugyan is valószínűleg már eleve is magasabbak voltak. Anginás anamnesise 7,4%-nak, hypertóniája pedig 28,2%-nak volt a vizsgálat kezdé-

tekor. Az UGDP-vizsgálat tehát nem bizonyult ideális modellnek az egyes antidiabeticumok hatásának és mellékhatásának vizsgálatára.

A phenformin kezelés nyomán észlelt vérnyomásemelkedéseket nehéz megítélni, mivel ebben a csoportban a hypertonia incidenciája már a vizsgálat kezdetén is magasabb volt, sőt ezt a megfigyelés alatt végzett vérnyomáscsökkentő kezelés is komplikálhatta. A phenformin vércukorcsökkentő hatása mellett a vérzsírszintjének csökkentésével a zsírszövetet is kedvezően befolyásolhatja, sőt fibrinolytikus hatásait is leirták. Mindezekről függetlenül ma még nehéz a diabetes phenformin kezeléséről világos véleményt mondani, a megfelelő és kielégítő információk ugyanis hiányoznak. Érettkorú, kóvér cukorbeteg ideális kezelése a kalória és szénhidrátok alapos megszorításából áll, mivel ezáltal mind a testsúly, mind a vércukor értékek normalizálása elérhető. Tartósan legfeljebb napi 100 mg phenformin adható, a sulfonilureáknak pedig azon kisszámú cukorbeteg kezelésében van helye, akiknél insulin nélkül már csak ezekkel tudunk eredményt elérni. Ez idő szerint tehát még nem áll elegendő bizonyíték a rendelkezésünkre, hogy a phenformin kezelés jogosultságát az arra alkalmas esetekben feladjuk.

Angeli István dr.

Hyperlipoproteinaemiás betegek etofibrat és clofibrat kezelésének kettős vak kísérletekben történő értékelése. Kaffarnik H., Schneider J., Haase W. (Medizinische Poliklinik der Universität Marburg): Dtsch. med. Wschr. 1975, 100, 2486–2488.

A hyperlipoproteinaemiák az arteriosclerosis elsőrendű rizikó tényezői. Gyógyszeres kezelése lehetőségeink korlátozottak. Az eddig alkalmazott gyógyszerek közül a clofibrat elsősorban a triglicerid és VLDL vérszintjének csökkentésére szolgál, míg a nicotinsavat a serum cholesterolin és LDL frakció vérszintjének csökkentésére alkalmazzuk.

Az etofibratot monosubstancia alakjában csak újabban kezdik használni. [Etofibrat: 2(p-Chlorphenoxy)-2 methyl-propionsav-2 nicotinoyl-oxy-ester.] A szer állatkísérletekben hatásosan csökkentette a serum triglycerid és cholesterolin szintet. A szerzők ezen gyógyszert klinikai kipróbálásnak vetették alá.

Vizsgálataikat 21 IIa, IIb és IV típusú hypertriglyceridaemiás betegen végezték. 13 nőbeteg és 8 férfibeteg szerepelt, életkoruk 51 ± 10 év volt. A betegek 2–2 héten át placebo, clofibratot (500 mg kapszulánként) és etofibratot (300 mg kapszulánként) kaptak, minden szerből napi 3 × 1 kapsulát. A kezelés végén serum cholesterolin, triglicerid,

GPT (serum glutamat-pyruvat transaminase) és CK (creatinin kinase) meghatározást végeztek. Az eredményeket statisztikai módszerekkel értékelték.

Etofibrat kezelés után a serum cholesterolin szignifikánsan csökkent. Ez független volt attól, hogy az etofibrat a clofibrat kezelés előtt vagy után alkalmazták, ami az etofibrat saját cholesterolin-csökkentő hatására utal. Míg a clofibrat kezelés hatására bekövetkező serum cholesterolin csökkenés az ezt követő etofibrat kezelésre további csökkenést mutatott, addig az etofibrat kezelés után alkalmazott clofibrat kezelés alatt a serum cholesterolin fokozatos emelkedése volt megfigyelhető. A serum triglicerid a két szer egyformán csökkenti.

A GPT és a CK aktivitás a kezelés alatt nem változott. Eredményeik arra utalnak, hogy az etofibrat hatásosabb cholesterolin-csökkentő mint a clofibrat, míg a serum triglicerideket a két szer egyformán csökkenti. Ezen hatást a szerzők az etofibrat molekuláris struktúrájának tulajdonítják. A hatásmechanizmust illetően még további biokémiai és farmakológiai vizsgálatokat tartanak szükségesnek.

Kammerer László dr.

**A methadon (Depridol) intestina-
lis hatásainak antagonizmusa cyp-
roheptadin-nal.** Kenedy, D. K. és
mtsai (Dept. of Pharmacol. Uni-
versity of Texas, Houston): Gas-
troenterology. 1974, 66, 396—402.

Mint sok egyéb morphin típusú analgeticum, a gyakran használt *methadonnak* (Depridol) is egyik nem kívánatos mellékhatása az *obstipatio*. A bél simaizomzatának stimulálása révén a ritmusos contractiók amplitúdóját növeli. Ugyanúgy, mint a morphin, 5-HT-t szabadít fel a bélben, ez a mellékhatás oka. Az 5-HT két úton stimulálja a vékonybél simaizomzatát: direkt 5-HT receptorokon és indirekte az intramuralis idegvégződéseken. Az 5-HT által kiváltott simaizom stimulatio a ritmikus contractiók fokozásán keresztül lényegében csökkenti a bél effectív lumen átmérőjét, azaz megnö a bétartalom továbbhaladásával szembeni ellenállás. Így az analgeticumok okozta motilitásfokozódás lényegében obstipatiót eredményez. Kérdés, vajon az 5-HT receptor-blokkolók ellensúlyozni tudják-e a methadon obstipáló hatását. Ezen kérdés megválaszolásához a széles körben alkalmazott *cypheptadint* (*Peritol*) mint 5-HT receptor-blokkolót választották. Perfundált izolált vékonybél-preparátumot készítettek kutyából és ezen vizsgálták a methadon, morphin, 5-HT és betanecol mint agonisták és az atropin, valamint cypheptadin mint antagonisták hatását az intramuralis nyomásra. Ezenkívül egerek különböző csoportjainak gyomrába

aktív szemet tartalmazó glicerint tesztdatát juttattak és isotóniás só, methadon, cypheptadin variációk hatását vizsgálták a bétartalom továbbjutási távolságára.

Eredmények: 1. A methadon dózistól függően 5—60 percig a contractiók amplitúdóját jelentősen megnövelte, akárcsak a morphin, de a contractiók frekvenciáját nem befolyásolta. A dózistól függően növekedett az intraluminaris nyomás.

2. A methadon cholinerg idegvégződéseken kifejtett stimuláló hatásának ellensúlyozására adott atropin jelentősen csökkentette a methadon, 5-HT és betanecol hatását.

3. A cypheptadin antagonistá hatása szelektívebbnek bizonyult, csak a methadon és az 5-HT hatását csökkentette, a muscarin típusú cholinerg receptor izgató betanecol hatását nem. A cypheptadin nem védte ki teljesen, csak csökkentette a methadon hatását. Egymagában a methadon jelentősen, a cypheptadin mérsékelten csökkenti a bétartalom előrehaladását. Együtt alkalmazva egekben azt találták, hogy a cypheptadin szignifikánsan kivédte a methadon antipulsív hatását. A methadon LD₅₀-t a cypheptadin nem befolyásolta.

Az **eredmények** azt mutatják, hogy a *methadon* intestinalis stimuláló hatását, legalábbis részben *endogen 5-HT felszabadulás* révén fejtí ki. Az általa felszabadított 5-HT egyrészt a cholinerg idegvégződésekre hat, másrészt direkt a simaizomsejtekre. Ismert, hogy az 5-HT elősegíti az acetylcholin-release-t a bélből. Az 5-HT hatás ezen komponensét atropinnal gátolni lehet. A simaizom 5-HT receptorai különböznek a neuralis receptoroktól és csak specifikus drogokkal blokkolhatók, ilyen pl. a cypheptadin, amely kompetitív antagonistája az 5-HT-nak. Bár a cypheptadin antihistamin is, nincs rá bizonyíték, hogy a histamin részt venne az analgeticumok intestinalis hatásában.

Az atropin gátolni képes mind az analgeticumok, mind a cholinerg substanciák intestinalis hatását. Ez a tény az 5-HT hatás neuralis komponenseinek kivédését jelenti. Ugyanakkor kimondottan 5-HT receptor antagonisták által kiváltott hatás az 5-HT direkt simaizomra történő hatása mellett szól. Az atropin nem szelektív hatású, míg az 5-HT blokkolók szelektívebb hatásúak.

A cypheptadin azonban nem tekinthető az analgeticumok okozta mellékhatások kivédésére jelenleg alkalmazható szernek, mivel egyrészt nem védi ki a központi idegrendszeri hatást, másrészt antihistamin hatású, enyhe anticholinerg és sedatív tulajdonságú. Más hasonló szereket kell keresni ezen célra.

Tárnok Ferenc dr.

A magnesium pharmacológiája és farmakokinetikája. Ebel, H. és mtsai (Institut für Experimentelle Therapie, Universität, Freiburg): Münchener medizinische Wochenschrift. 1975, 117, 1243—1248.

A magnesium (Mg)-hiányállapotok klinikai jelentősége, pathogenetikai szerepe általánosan ismert. E hiányállapotok rendezése terápiás jelentőségű. Ujabban olyan közlések is napvilágra kerültek, hogy a serum Mg szintjének emelésével is terápiás effektusok érhetők is. E megfigyelések ma még experimentális adatokra alapozottak, human tapasztalatok még nincsenek.

Mg-vegyületek klinikai alkalmazását nagyban megnehezíti az a tény, hogy viszonylag kisszámú farmakokinetikai adat áll csak rendelkezésre. A jelen vizsgálat-sorozatra ez irányú ismereteink bővítése céljából került sor. A vizsgálatokat előbb állatokon (macska) végezték, majd összehasonlítást, „tájékozódó jellegű” vizsgálat céljából két önként jelentkező probanduson is alkalmazták. A Mg-ot Mg-aspartat-hydrochlorid formájában vitték be, ebben a formában ui. jól felszívódik a gyomorból traktusból.

A serum Mg szint emelkedését a diastolés, a systolés vérnyomásérték és a pulsusfrequentia csökkentő hatásával vizsgálták. 10 mg¹⁰⁰-os Mg vérszint mellett mindhárom parameter nagyfokú csökkenése jelentkezik. 11 mg¹⁰⁰ körüli az a vérszint (kritikus érték), amely mellett már légzésbénulás is jelentkezhet. Szívmegeállást csak ennél 4-szer nagyobb concentratio elérésekor tapasztaltak. A harántesikolt izomzatra gyakorolt kifejezetten kedvezőtlen hatás a Mg ion ismert, curareszerű hatásának következménye.

A human vizsgálatokban 5, 10, ill. 20 mg/kg dosisban alkalmazták a Mg-ot, majd a különböző megfontolások alapján optimálisnak bizonyult 9 mg/kg adagot adták. A készítmény bevétele intestinosolvens gelatin capsula formájában történt. Mellékhatás csak nagy egyszeri dosisok adásakor jelentkezett, egyik legjelentősebb közülük az erőyes laxatív hatás volt.

A vizsgálat-sorozat legfontosabb tapasztalata, hogy jól mérhető paraméterek változásán keresztül a Mg vérszintet emelő terápiás dosis megállapítható volt. A legjobb felszívódási eredmények a most alkalmazott Mg-aspartat-hydrochlorid adásakor jelentkeztek. A Mg-resorptio felezési ideje 4,5 óra, 12 óra elteltével tehát a bevitt adag felszívódása gyakorlatilag befejeződött. Bebizonyosodott az is, hogy az egészséges szervezet jól kompenzálja a Mg-vérszint emelkedését, a feleslegtől relatíve gyorsan, túlnyomórészt renális excretio formájában szabadul meg. Terápiásan a 9 mg/kg napi adag vált be, a kedvezőtlen gastrointestinalis

mellékhatások csökkentése céljából három egyenlő adagra osztva.

Winkler Gábor dr.

latrogen ártalmak

Oralis anticoncipiens kezelés és szívinfartus fiatal nőknél: egy további közlemény. Mann, J. I. és mtsai: Brit. med. J. 1975, 3, 631.

A szerzők egy korábbi, már referált közleményükben (Brit. med. J. 1975, 2, 241) rámutattak arra, hogy a szívinfartusok kockázata a hormonális fogamzásgátlókat szedő nők között nagyobb. E dolgozatukban Wessex vidékéről, hasonló adatgyűjtés és statisztikai analízis alapján szerzett tapasztalataikról számolnak be. Itt, 32–44 éves életkor között 21 szívinfartusos nőt azonosítottak, 4 azonban a vizsgálat megkezdése előtt meghalt, 3-at pedig nem sikerült nyomon követni. A fennmaradó 14 infartusos nőbeteg adatait értékelve itt is, a kórházi felvétel előtti hónapban is fogamzásgátlókat szedő nők aránya az infartusosok között szignifikánsan magasabb volt (21,4%), mint a kontrollok között (8,3%) és magasabb volt, mint a régebben (több mint egy hónappal előbb) fogamzásgátlókat szedő infartusosok aránya (14,3%). A huzamosabb ideje fogamzásgátlókat szedők arányában már lényegesebb különbséget nem tudtak kimutatni. A szívinfartusok kockázata a fogamzásgátlók szedését közvetlenül követően, az ilyen készítményeket nem szedőkhöz arányítva 4,2:1. Standardizálva — a többi lehetséges kockázati tényezőt leszámítva — ez az arány még így is háromszoros maradt (3,1:1).

A Wessex vidékén tapasztaltak régebbi megfigyeléseiket — a fiatal nők szívinfartusa és fogamzásgátló kezelése közötti összefüggéseket — támasztják alá, az anyag kis száma miatt azonban önálló statisztikai értékelésre nem adnak alkalmat.

Angeli István dr.

Az idült fejfájás és a phenacetin abusus. Haschek, H. és mtsai. (Urol. Abt. der Allg. Poliklin. der Stadt Wien, A-1090 Wien): Münch. med. Wschr. 1975, 117, 1959–1960.

Annak ellenére, hogy a phenacetin okozta súlyos vesekárosodás képe (a belső velőállomány és papillák interstitiumának kiszélesedése, majd papillanecrosis, abacterialis interstitialis nephritis, végstádiumban zsugorvása és uraemia) régóta ismert, a phenacetint szedők száma nem csökken a várható veszélyek ellenére sem.

A bécsi szerzők 210 betegen szerzett megfigyeléseikről számolnak be. Betegeik között több mint 70% fejfájás miatt szedett phenacetintartalmú szert, de nem csekély

azoknak a száma sem, akik psychés stimulatio céljából használták.

A tartós phenacetin abusus a psychomotorium területén is okoz károsodást (kedvetlenség, koncentrációképeség gyengülése, stb.), a haematológiai károsodások közül a hypochrom anaemia a legismertebb. A szerzők részletesen a vesekárosodásokkal foglalkoznak. Megállapítják, hogy a fentebb említett vesekárosodások kialakulásához igen hosszú idő (anyagukban átlagosan 19 év) és több kg gyógyszer bevétele szükséges, becsléseik szerint ez legalább napi 25 kevert por szedését jelenti.

Betegeik közül az első tünetek húgyúti fertőzésekben, kölikák fájdalmakban, haematuriában, 2,1%-ban már uraemiában nyilvánultak meg, a betegek 72%-a már jelentősebb vesefunctio-romlással jelentkezett. Nagyon figyelemre méltó az a megállapítás, hogy a tartós phenacetin-használat sokszor már a klinikai jelek fellépése előtt kórbontani elváltozásokat okoz, erre utalnak az említett adatok is.

Sajnos, a gyógyszer teljes elhagyása sem hoz minden esetben tartós javulást, de a szerzők anyagában a progressio mértékében különbség mégis volt: a szert abbahagyók között progressio 25%-ban, a továbbcsedők között 34,4%-ban fordult elő. A betegek egyötöde már olyan előrehaladott veseelégtelenségben szenvedett, hogy intenzív kezelés ellenére az uraemiás halál nem volt elkerülhető.

Iványi János dr.

Újszülöttek szöveteinek DEHP-tartalma. Hillman, L. S. és mtsai. (St. Louis Children's Hospital, 500 S. Kingshighway, St. Louis, MO 63110): New Engl. J. Med. 1975, 292, 381.

Az intenzív terápiában egyre jobban elterjedt arteriális és vénás kanülök, valamint a vér tárolására alkalmas műanyag zacskók száraz anyagának 40%-át a lipid oldékony di-(2-ethylhexyl) phtalat (DEHP) alkotja. Korábbi vizsgálatokból ismeretes, hogy a vér hatására DEHP kiúzóódhat. Bár közvetlen toxikus hatását emberen még nem észlelték, kísérletes vizsgálatok szerint befolyásolja az erek reaktivitását és a gyorsan növekvő sejtek anyagcseréjét is gátolja.

Korábbi megfigyelések szerint az újszülöttek necrotizáló enterocolitise majdnem kizárólag azon koraszülötteken fordul elő, akiknél korábban arteriális katehetezés történt DEHP-tartalmú kanülökkel. A szerzők meghatározták 17, köldökhatheterezett újszülött szív- és bélsvövetek DEHP-tartalmát; a kontrollokhoz viszonyítva lényegesen magasabb volt. 3 enterocolitisben elhalt újszülött bélsvöeteinek DEHP-tartalma szintén emelkedett volt.

Mielőtt a DEHP-szövet toxicitását pontosan meg nem állapítják, felhívják a figyelmet, hogy az intenzív osztályokon egyre jobban elterjedő, szövetekkel érintkező műanyagok gyártásánál a szövettoxicitást mindig mérlegelni kell.

Hencz Péter dr.

Suprapubikus hólyagpunctio szövödménye. Polnay, L., Fraser, A. M., Lewis, J. M. (West Middlesex Hospital, Isleworth, Middlesex) Arch. Dis Child, 1975, 50, 80.

Két dehydrált (9, ill. 21 napos) csecsemőn a suprapubikus hólyagpunctio helyén tályog alakult ki, amely spontán gyógyult. A punctio az exsiccáltág teljében történt, de mindkét alkalommal bétartalmat aspiráltak vízelet helyett.

(Ref.: Bár a vizsgálat technikájában nincs okunk kételkedni, ennek részletes leírásában nem szerepel a végbélnek a felhelyezett újjal való védelme. Nem érthető továbbá a hólyagpunctio elvégzésének sürgőssége a két dehydrált csecsemőn, akiknél előzőleg semmiféle tolettes vízelet vizsgálat nem történt, és egyikük fiú volt, akitől a természetes úton való vízelet nyérése egyszerűbb lett volna. A komplikációk nemcsak arra intenek, hogy a hólyagpunctio során a bőrön tályogot lehet okozni, hanem arra is, hogy húgyúti betegség tüneteit nem produkáló dehydrált egyénben nem sürgős a diagnosztikus hólyagpunctio, mert az üres hólyag helyett könnyen a belekbe juthat az aspiráló tű!)

Vadász György dr.

Immunológia

Béta₂-microglobulin és lymphocyta infiltratio Sjögren-syndromában. J. P. Michalski és mtsai: New Engl. J. Med. 1975, 293, 1228.

49 Sjögren-syndromás beteg nyálában és rheumatoid arthritises betegek synovialis folyadékában meghatározták a béta₂-microglobulin (bmg) concentratiót és összehasonlították a betegek serumában talált értékekkel, továbbá a labialis nyálmirigyből készített biopsiás anyag lymphocytás infiltrációjának mértékével.

A synovia és a nyál nagyobb concentratióban tartalmazott bmg-t, mint a serum. Az aktivitás fokozódásával — a lymphoid infiltratio focus számainak növekedésével a nyál bmg mennyisége párhuzamosan emelkedett, és nőtt a serum bmg szintje is. A Sjögrenes betegek serum bmg szintje igen nagy emelkedést mutatott akkor, ha az alap-betegséghez más lymphoproliferatív elváltozás is társult (lymphomák), vagy vese elváltozás is volt.

A szerzők véleménye, hogy a serum bmg meghatározás prognosztikai adatot szolgáltat és alkalmas az

alkalmazott immuno-suppressív
therápia kormányzására is, mert a
sikeres legkisebb dosis beállítása
lehetséges ezáltal. *Bobory Júlia dr.*

**Béta₂-microglobulin — kis mole-
kula — nagy szerep?** Szerkesztőségi
közlemény: E. C. Franklin, New
Engl. J. Med. 1975, 293, 1254.

A béta₂-microglobulint (bmg)
1968-ban izolálta Berggard és Bearn
emberi vizeletből. 11 700 mol. súlyú
protein, aminosav sequentiája is-
mert és structuralisan az IgG-hez
hasonló, ennek primitív praecursor-
raként szerepelt egy időben. A sejt-
membrán alkotó eleme, lymphocy-
ták és más sejtek secretálják. Kis
concentrációban megtalálható nor-
málisan is a serumban, vizeletben,
testnedvekben és váladékokban.
Szerpe pontosan nem ismert, de
feltehetően részt vesz immunológiai
reakciókban: complement interac-
ciókban, a lymphocyták activációjá-
ban.

Biosynthesiséről is sokat tudunk:
egy lymphocytá felületén $3-5 \times 10^5$
molekula bmg lehet, ezek kicserélő-
dése nagyon gyors. Synthesisük
azonban független a lymphocytá
sejt-cyclusától és az IgG synthesis-
től is, bár mindkettő ugyanabban a
sejtben keletkezik.

A normálisnál nagyobb serum
bmg értékeket találunk: a foetus-
ban, növekedett sejt-anyagcserével
járó folyamatokban (daganat, gyul-
adás, immunológiai reakciók) és
vese-elégtelenségben. Kisebb a bmg
concentratio, ha a vesén keresztül
sok ürül (vesevesztés). A serumbeli
értékeknél többet mondó testned-
vekben található mennyisége. A syn-
oviában, cerebrospinalis folyadék-
ban, pleuralis, exsudatumban akkor
emelkedik a bmg-szint, ha a kóros
folyamat (tumor, gyulladás) közvet-
len érintkezésben van a felülettel.

Meghatározása radio-immuno-
assay-vel válik pontosá. E technika
kifejlődése közelebb hozhatja a
bmg diagnosztikus jelentőségét a
gyakorlati klinikumhoz.

Bobory Júlia dr.

**A cholesterolin functionalis szerepe
a fertőzésben és az autoimmunítás-
ban.** Watson, K. C., Kerr, E. J. C.
(Central Microbiological Labora-
tories, Western General Hospital,
Edinburgh EH4 2XU): Lancet, 1975,
I, 308.

A cholesterolin kötődni képes a
streptolysinhez és hasonló antigeni-
tású más bakteriális toxinokhoz.
(Kimutatták, hogy a cholesterolin 1
 $\mu\text{g/ml}$ koncentrációban gátolná tud-
ja 1,0 IU streptolysin aktivitását.)
Ismert, hogy normál serumban is
észlelhető alacsony antistreptolysin
(AST)-titer, amit rendszerint ko-
rábbi antigen-stimulációnak tulaj-
donítanak. Azonban az is tudott,
hogy ez az AST-aktivitás tovább
csökkenthető, ha a serum alacsony
sűrűségű lipoprotein (low-density-

lipoprotein) frakcióját dextran-sul-
phattal precipitálják. Ez az eljárás
azonban nem érinti a streptolysin
elleni antitest-aktivitást. Az tételez-
hető fel, hogy a normál serum cho-
lesterinnek egy frakciója vesz részt
a bakteriális toxin megkötésében.

A szerzők korábban azt észlelték,
hogy bizonyos mikroorganizmusok,
pl. *Staphylococcus pyogenes*, *Pseu-
domonas aeruginosa* is infectio ese-
tén a serumban AST-aktivitást
eredményeznek. Ugyanezen bacte-
riumok cholesterolin-esteraset ter-
melnek, és feltehetően más olyan
proteolitikus enzimet is, amely a
lipoprotein apoprotein részének
részleges leválását okozza. A serum
lipoprotein — normálisan is, de kü-
lönösen az említett infectiók ese-
tén — katabolikus szétesése choles-
terin-peptid komplexek képződését
eredményezheti. Ezekben a com-
plexekben a cholesterolin olyan sphae-
rikus configuratio-változáson megy
át, hogy képes lesz a bakteriális to-
xinokhoz kötődni. A komplexek
mennyiségét megnöveli maga az in-
fectio, de ilyen irányban hat még
az az endogen aktivitás fokozódás
is, ami feed-back mechanizmus rév-
én a toxinoknak a cholesterolin-
componenshez való kötődése után
következik be.

A cholesterolin-peptid komplexek
megkötik a bakteriális toxinok egy
részét még mielőtt az antitoxikus
antitest képződés beindul; megfi-
gyelték, hogy pl. béta haemolitikus
Streptococcus infectio nemcsak az
antitest-aktivitást, hanem a strep-
tolysin ellenes — lipoprotein akti-
vitást is megnövelte. Ugy látszik,
hogy a bakteriális toxinok elleni vé-
dekezési folyamat két fázisú lehet,
először a lipoproteinek, majd ké-
sőbb az antitestek fejtik ki antitoxi-
kus hatásukat.

Feltételezhető, hogy a choleste-
rin-peptid komplexek feleslegben
való képződése kontroll alá kerül-
het, ha a peptid-componens auto-
antigenként kezd functionálni. (Ha-
sonló folyamat az immuncongluti-
nin képződés — a C₃ és C₄ comple-
ment componensek ellen, vagy a
rheumatoid factor képződése — al-
terált IgG ellen.) Maga a choleste-
rin-peptid complex is lehet autoan-
tigen, de elképzelhető, hogy ennek
antigenitását fokozza a toxin elő-
zetes kötődése a komplexhez.

Mivel fertőzés által kiváltott im-
munmechanizmusokat is feltételez-
nek a human érbetegség lehetséges
okaként, nem kizárt, hogy a chole-
sterinnek az atherosclerosisban és
hypertoniában betöltött szerepe
kapcsolatos az olyan immuncom-
plexekkel, amelyeket a cholesterolin-
peptid molekula és az ellene képző-
dött IgG autoantitest alkot. Az is
lehet, hogy a cholesterolin-peptid el-
leni antitestek képesek a sejtmemb-
ran lipoprotein-antigénekhez kö-
tődni, ugyanis ezek szabadon cse-
relődnek a plasma lipoproteinekkel.
Mindezen immunológiaiailag mediált
folyamatok intima-megvastagodás-
ra, a vascularis permeabilitás meg-

növekedésére, és következményes
lipoid depositióra vezethetnek.

A lipoproteinek — úgy látszik —
sokkal fontosabb funkciót töltenek
be, mint azt eddig gondolták. Kér-
dés, hogy az említett cholesterolin-
peptid komplexek vírusokhoz is kö-
tődhetnek-e és autoimmun folyamat
elindításában ily módon is szerepet
játszhatnak-e.

Pár Alajos dr.

Selectiv IgA hiány. A. Morell
(Inst. für Klinisch-Experimentelle
Tumorforschung, Tiefenausspital,
Bern): Deutsche Med. Wochen-
schrift, 1976, 101, 93.

Európai viszonylatban a selectiv
IgA hiány a leggyakoribb immu-
nodefektus (1:500—1:700). Az rodam-
mi adatok az aetiologiat illetően nem
egységesek, de leginkább átöröklést
teteleznek fel.

Ritkán fordul elő, hogy a selectiv
IgA hiányt csak véletlenül fedezik
fel. Gyakoribb egy magasabb infec-
tiosus hajlam mutatkozása, mely
chronikus, recidiváló légúti infec-
tókban nyilvánul meg. Ezenkívül
leirtak gastrointestinalis zavarokat,
allergiát, malignus lymphomát, a
bronchus és gyomor-béltraktus car-
cinomáját, autoimmun betegsége-
ket. Az antitestek kimutatása a pa-
ciensek kb. 40%-ában lehetséges.
Ilyen egyénekben a koncentrált IgA
készítmények, plazma és vér adása
után súlyos anaphylaxiás reakciók
jelentkezhetnek.

Transfer-faktorral való terápiás
kísérletekről nincsenek konkrét
eredmények. A selectiv IgA hiány-
ban szenvedő betegek kezelésében
továbbra is csak az infectiók che-
motherápiás kezelése lehetséges.

Szabó Klára dr.

**Paraproteinek eliminálása perito-
nealis dialysissel.** Kaiser, D., Nor-
wig, P. (Zentrum für Innere Medi-
zin, Universität Gießen): Med.
Welt, 1976, 27, 468—469.

A súlyos hyperviscositas-syndro-
mával járó paraproteinaemia sűrű-
gősségi ellátásában ma a plasma-
pheresist tartják legeredménye-
sebbnek. A szerzők egy 55 éves be-
tegen diagnosztizáltak kappa-typu-
sú IgA paraproteinaemiát és Bence
— Jones proteinuriát. A kialakult
paraproteinaemiás coma során 5187
mg%-os IgA szintet találtak (norm.
érték: 224 mg%). A beteg comato-
sus állapota miatt 25 órán keresztül
peritonealis dialysist végeztek, a
beteg azonban meghalt. A perito-
nealis dialysáló folyadék IgA tartal-
ma 32,24 mg% volt. Az elhasznált
103 liter dialysáló oldattal ilyen for-
mán 33,37 g paraproteint távolított-
tak el, amely mennyiség 643 ml
plasma teljes paraprotein tartalma-
nak felelt meg.

Következtetésként megállapítják,
hogy:

1. minden peritonealis dialysis al-
kalmával gondolni kell arra, hogy
közben jelentős immunoglobulin
vesztésig következik be, amit adott

esetben pótolni szükséges, ill.

2. a paraproteinaemiás coma kezelésére és a paraproteinek eliminálására egyszerű, és mindenütt alkalmazható eljárás a peritonealis dialysis.

Berkessy Sándor dr.

Az anya és az újszülött sejtjeinek egymásra hatása kevert lymphocytalenyészetekben. S. D. Lawler és mtsai (Department of Cytogenetics and Immunology, Division of Medicine, Institute of Cancer Research and Royal Marsden Hospital, London SW 3): The Lancet 1975, II, 1185—1187.

A szerzők fiú újszülöttek és szülei lymphocytáinak egymásra hatását vizsgálták hét család esetében a foeto-maternalis immunológiai kapcsolat felderítése céljából.

Először olyan rendszereket hoztak létre, ahol az egyik lymphocytapopuláció mint stimulátor szerepelt, és a másik volt a válaszadó, az életképes. Ezekben az ún. egyirányú rendszerekben, ahol életképtelen újszülött-lymphocytákat használtak stimulátorként, az anyai sejtek válasza több esetben renyhe volt, ugyanakkor az apai lymphocyták válasza normális intenzitású volt. Ez azt mutatta, hogy az anyai sejtek válaszadó kapacitása bizonyos depressiót mutat a terhesség ideje alatt.

A szülői párok közötti vizsgálatok azt bizonyították, hogy az anyai válaszadási készség nem általában elnyomott.

A kísérlet sorozat második ütemében, mikor mind az anya, mind az újszülött lymphocytái életképesek voltak (kétirányú rendszer) és az osztódó sejtek származását a sex-chromosomák segítségével állapították meg, egyértelműen kimutatható volt, hogy az anyai lymphocyták osztódása gátolt.

Ez a gátlási mechanizmus kialakulhat az életképes sejtek közötti kontaktussal vagy pedig az újszülött sejtjei által felszabadított gátló faktorok hatására, és lényeges lehet a foetomaternalis kapcsolatban.

Csapó Ágnes dr.

Az egyes Ia fajták kimutatása T és B sejteken. I. Osztódással kialakított blaszt sejt-kultúrák tanulmányozása. Chella David és mtsai (Department of Human Genetics, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan 48104): The Journal of Experimental Medicine, 1976, I, 218—224.

Mivel a korábbi kutatások Ia antigéneket fedtek fel mint a T és B lymphocyták közötti molekuláris felismerés lehetséges elemeit, a szerzők kutatásaikkal az egyes Ia fajták kimutatási módját keresték a két sejt-populáción lépő, nyirokcsomóból és thymusból nyert, osztódással kialakított blaszt sejtek segítségével.

Vizsgálataik eredményeként LPS által stimulált lép lymphocytákon

és Con-A által stimulált lép, nyirokcsomó és thymus blasztokon direkt cytotoxikus tesztek segítségével 1—10 Ia típust írtak le.

Csapó Ágnes dr.

HL—A antigének és influenza-védőoltás utáni ellenanyagtermelés. Csökkent reakció HLA—16 típussal való társulása. Spencer, M. I., Cherry, J. D., Terasaki, P. I. New Engl. J. Med. 1976, 294, 13—16.

Az ember histocompatibilitását (HL—A antigének), illetve immunválaszt kódoló gének előfordulása és tevékenysége között korreláció tapasztalható.

A szerzők a HL—A W 16 antigén előfordulása és az influenza A (élő, attenuált „Alice” törzs) vaccinálást követő csökkent immunválasz — azaz a haemagglutinációt gátló ellenanyag (HAG) képződés — közötti összefüggésről számolnak be, több száz eset kapcsán.

A HLA W 16 antigént hordozó egyedek 32%-a „alacsony” (HAG titer $\leq 1:16$), 5%-a pedig „jó” ellenanyag szinttel (HAG titer $\geq 1:32$) rendelkezik a reconvalescentia szakaszában.

A HL—A W 16 egyének gyakoribb „alacsony” HAG ellenanyag választ az influenza fertőzéssel szembeni fokozott cellularis resistentia készségükkel, s nem immunválaszuk suppressiójával magyarázzák.

Mécs Imre dr.

Systemás lupus erythematosus kezelése T-sejt immunostimulans gyógyszerrel, levamisol-lal kezelt eset. B. L. Gordon, Keenan, J. P. (Medical Research Department, Kuakini Medical Center, Honolulu): Ann. Allergy 1975, 35, 343—355.

A szerzők egy 23 éves nőbeteg esetét ismertetik, aki 9 hónapja diseminált kötőszöveti betegséggel szenvedett (vasculitis bő- és izom-laesiók) és az immunológiai vizsgálatok során főként SLE-re utaló eltéréseket mutatott (polyclonalis masszív hypergammaglobulinaemia súlyos T-sejt deficiencia). Napi 100 mg prednison adása hatástalan volt. Ekkor a levamisolt kapcsolták be, a T-sejtekre gyakorolt immunostimulans hatása alapján. Három napos 150 mg-os adagra a T-sejt functio erősen fokozódott és a klinikai tünetek javultak. Az in vitro lymphocytá transformatio két hét alatt 100%-kal emelkedett. A levamisol adását két hetente ismételték és 3 hónap alatt a szubjektív panaszok megszűntek, az objektív klinikai tünetek minimumra csökkentek 5 mg-os napi prednison fenntartó adag mellett.

Korossy Sándor dr.

Összehasonlító vizsgálatok az enterovírusokkal szembeni neutralizáló és latex-agglutinációt gátló ellenanyagok persistenciájára vonat-

kozóan egészséges személyeken. Schmidt, W. A. K. (Institut f. Medizinische Mikrobiologie und Virologie der Universität, 4 Düsseldorf 1): Dtsch. med. Wschr. 1975, 100, 1663.

Enterovírusokkal (polio-1, Cox-sackie-A9 és B4, Echo-9) szembeni neutralizáló, valamint a latex-agglutinációt (LA) gátló ellenanyagokat határozták meg 122 különböző korú egészséges egyén serumában. A 31—63 évesek korcsoportjában (60 személy) aránylagosan kevesebb volt az olyan minta, amelyik LA gátló ellenanyagokat igen, neutralizáló ellenanyagokat viszont nem tartalmazott, a csak neutralizációs próbával pozitív minták gyakoriságához viszonyítva. Az 1—30 éveseknél ilyen különbséget nem találtak. A 30 éven felüliek csoportjában az LA gátló reakcióval kapott titer-értékek mértani átlaga jóval alacsonyabb, mint a neutralizációs próbával nyert átlag. A vizsgált vírusokkal szembeni LA gátló ellenanyagok titere a minták 92—99%-ában 1:80-nál kisebb volt.

A szerzők arra következtetnek, hogy az LA gátló ellenanyagok mennyisége hamarabb csökken, mint a neutralizáló ellenanyagoké. Ennek alapján úgy vélik, hogy az LA gátló reactio a heveny enterovírusfertőzések serológiai diagnosztikához felhasználható.

Hadházy György dr.

A histocompatibilitási antigének kifejezettebbé válása L—1210 egér-leukaemia sejtekben, és ennek összefüggése a sejt-ciklussal. Killander, D. és mtsai: Eur. J. Immunol. 1976, 6, 56—59.

Cytophotometriával, autoradiographiával és quantitativ immunfluorescentiával igazolták, hogy interferon kezelés hatására „kifejezettebbé” válnak az L 1210 egér-leukemia sejtek histocompatibilitásáért felelős felszíni H2 antigénjei. Ugyanakkor azonban a sejtek osztódása csökken. Az interferon kezelést követően a sejtciklus bármely szakaszában észlelhető ez a jelenség. Ezért nem állhat fenn oksági kapcsolat a felszíni antigének kifejezettebb karaktere és a sejtosztódás gátlása között.

Mécs Imre dr.

Autoimmun mechanizmusok human érbetegségeken Mathews, J. D., Whittingham, S., Mackay, I. R. (Radcliffe Infirmary, Oxford OX2 6HE): Lancet. 1974, II, 1423.

Az öregedés immunológiai elméleteinek első kidolgozója Walford és Burnet, de számos más kutató is felvetette, hogy immunológiai mechanizmusok szerepet játszhatnak az öregedés és az érbetegségek létrejöttében. A szerzők a közleményben összefoglalják azokat a megfigyeléseket, amelyek támogatják a hypothesis, miszerint autoimmun mechanizmusok felelősek a human atherosclerosis, hypertensio

és thromboembolia pathogenesiséért.

Állatkísérletek és klinikai észlelések, továbbá genetikai, familiaris, valamint népességvizsgálatok, a környezeti tényezők (gyógyszerek, infekciók, dohányzás, táplálkozás) szerepének tanulmányozása kapcsán a vizsgálok számos arra utaló adatot kaptak, hogy az emberi *érbetegségek* sok genetikai és környezeti oka immunológiai utakon hat.

Membran-reactív autoantitestek keletkezése *endothel-proliferációt* eredményezhet, és így módon *prae-dispositiót* teremt *hypertensióra*. Keringő immuncomplexek (IgG autoantitest + autoantigen, vagy abszorbeált környezeti antigen) viszont *thrombocytá-aggregációt* indíthatnak el és fokozott vasculáris permeabilitáshoz vezethetnek, végeredményben pedig hajlamot teremtenek a *thrombosisra* és *atherosclerosisra*.

A *rheuma-faktor* antiglobulin aktivitása fokozhatja a membran-reactív autoantitestek hatását, ugyanakkor csökkentheti a keringő immuncomplexek hatását.

Maga az öregedés, de genetikai tényezők, szervspecifikus autoimmun reakciók, diéta, elhízás, dohányzás és esetleg a stressz is — mind olyan tényezők, amelyek előmozdíthatják IgG autoantitestek képződését, a felszabaduló antigennel kötődő antitestek pedig pathogen immuncomplexeket eredményezhetnek. Megelőző infectio, terhesség vagy seminalis antigenek is kiválthatják olyan antitestek képződését, amelyek kötődni képesek a sejtmembran autoantigenjeivel.

A szerzők hypothesis megmagyarázhat számos ez ideig tisztázatlan epidemiológiai megfigyelést. Pl. a nők hajlamosabbak lehetnek a magas vérnyomásra, mivel nagyobb stimulussal rendelkeznek a membran-reactív antitestek képzésére, ugyanakkor kevésbé prae-disponáltak occlusiv arteriális szövődményekre, mert hatékonyabb mechanizmusokkal bírnak az immuncomplexek keringésből való eltávolítására. Az utóbbi nemi különbség feltételezhetően egy genetikai adaptatio ezen extra antigen-hatásokhoz, amelyek a nőt érik a reprodukciós folyamatban.

A hypothesis bizonyítására a szerzők a következőket tartják szükségesnek: 1. Kísérletesen megvizsgálni egyrészt, hogy az occlusiv arteriális betegség rizikója szoros kapcsolatban van a szöveti antigenekből és IgG autoantitestekből álló immuncomplexek jelenlétével, másrészt, hogy a *hypertensio* veszélye leginkább a *membran-reactív* autoantitestek in vivo kötődésével kapcsolatos. Mindehhez érzékeny technikák alkalmazására van szükség.

2. Vizsgálni kell az epidemiológiai sajátosságok (pl. genotípus, fertőző betegség előfordulása, rep-

rodukciós anamnesis, diétás szokások, dohányzás, környezeti toxinok) értékét, mint az autoantitestek és immuncomplexek jelenlétének és a következményes érbetegség kifejlődésének előmozdítóit.

3. Érdekes az *érbetegségekre* való *veszélyeztetettséget* megvizsgálni más, ritka immunreakciójú egyéneknél is, pl. prostituáltakban, immunológiai eredetű sterilitásban, coeliakiában vagy psoriasisban szenvedőkben, foetalis erythroblastosis anamnesisű nőkben vagy polytransfundáltakban.

Amennyiben *bebizonyosodna*, hogy az immunmechanizmusok részt vesznek a cardiovascularis betegségek pathogenesisében, ennek számos fontos vonatkozása is lenne:

1. Genetikai és kísérletes vizsgálatokkal kiszűrhetők lennének azok az egyének, akik leginkább *veszélyeztetettek* az autoimmunisatio környezeti okaival történő expositióra, másrészt lehetségessé válna csökkenteni ezen környezeti hatásokat.

2. Az immunológiai mutatók alternatív végpontot jelenthetnének az érbetegségek megelőzésére szolgáló módszerek értékelésében.

3. Az immunfunkció módosítására — a *primaer preventio* eszközeként — egyszerű eljárásokat lehetne kifejleszteni a pl. fehérjeszegény étrend.

4. Lehetséges, hogy az immunválaszt — vagy annak gyulladásos következményeit — gátló gyógyszerek profilaktikus vagy terápiás értékeknek bizonyulhatnak.

5. Esetleg még specifikusabb immun módszerekkel lehetővé válik az autoimmunisatio megelőzése vagy megfordítása.

Pár Alajos dr.

Fog- és szájbetegségek

A parotis sialadenosisa. Seifert, G., Donath, K. (Path. Inst. d. Univ. Hamburg): Dtsch. med. Wschr. 1975, 100, 1545—1548.

A sialadenosis fogalom — WHO állásfoglalással alátámasztva — polgárjogot nyert az utóbbi években, szemben a korábbi: „nyálmirigy duzzanat”, „tünetmentes nyálmirigy duzzanat” megjelölésekkel. A kórkép lényege: nem gyulladásos természetű, parenchymás nyálmirigy megbetegedés, amelynek alapját a mirigy parenchyma anyagcsere- és elválasztási zavara jelenti. A vezető tünet kétoldali, fájdalomtalan, rendszerint recidiváló nyálmirigy duzzanat (főleg parotis). A szerzők intézetük 126 biopsiás esetét elemzik, különös tekintettel pathogenetikai kérdésekre.

A betegség előfordulása, nemek szerinti különösből differencia nélkül, a 4—7. évtizedben a leggyakoribb. Elhúzódó lefolyás ese-

tén sialográfiával jellemző kép („lombtalan fa”) nyerhető. A nyál biochemiai analysise nem szolgáltat érdemleges diagnosztikus támpontot. Jellegzetesnek mondható társulása bizonyos alapbetegségekkel, ezen az alapon megkülönböztetnek: endokrin sialadenosisokat (pl. diabetes mellitus stb.); dystrophiás-metabolikus háttérű sialadenosisokat (pl. chr. alkoholizmus, avitaminosisok, máj-cirrhosis stb.); neurogen sialadenosisokat (vegetativ dysfunctiók állapotok, antihypertensív szerek hatására kialakuló, stb.). Ez a társulás egyáltalán nem obligát jelenség azonban.

Fénymikroszkóposan jellemző a mirigyhámsejtek duzzadása és különböző típusú secretiós granulák felhalmozódása a cytoplasmában. Gyulladásos jelek mindig hiányoznak. Elektronmikroszkóposan a granuláció finomabb elemzése mellett a durva felszíni endoplasmás reticulum és Golgi-készülék elváltozásait írják le, amelyek — a secretiós granulák felhalmozódásával együtt — a fehérje-synthesis gátltságából eredő secretiós zavarra utalnak. A myoepithelialis sejtek súlyos regresszív elváltozásokat mutatnak, hasonlóképpen a postganglionaris sympathicus és parasympathicus neuritek efferens periferiális axonjai is. Hasonló kép kísérletesen kémiai sympathicolissal vagy táplálékmegevonással idézhető el. A szerzők leleteik alapján valószínűnek tartják a folyamat primer vegetatív neurogen jellegét (esetleg a felsorolt alapbetegségek talaján). Támogatni látszik feltevéseket az a tény, hogy a gyulladásos jelek soha nem igazolható és a folyamat általában kétoldali és recidiváló. Ez az elképzelés felveti oki therapia mérlegelhetőségének kérdését is.

Egyéb, duzzanattal járó (lobos, daganatos) nyálmirigy megbetegedésektől a sialadenosis gondos klinikai-pathológiai elemzéssel általában jól eldifferenciálható. A nyál biochemiai analysise azonban önmagában nem diagnosztikus értékű ebben a vonatkozásban.

Kádas István dr.

Hygiene

Foglalkozási fertőzési veszélyek kórházi személyzet körében. J. M. Harrington: Proc. roy. Soc. Med. 1975, 68, 94.

Bevezetőben a cikk rövid irodalmi összefoglalást ad a laboratóriumi fertőzésekről, és egyéb laboratóriumi ártalmakról. Az Egyesült Államokban leggyakoribb laboratóriumi fertőzés a brucellosis, a tbc, a Q-láz, majd a hepatitis és a tularaemia. Angliában az orvosi laboratóriumokban kilencszer annyi tbc-t akvirál a személyzet, mint a lakosság átlaga. A dán orvostudományi laboratóriumokban a hepatitis, az égés és a vágott sérülés a leggyakoribb.

Ezután a szerző áttekintést ad a — tapasztalatai szerint — legfontosabb laboratóriumi veszélyekről; a tbc-t, a hepatitist és a rákot tárgyalja külön.

Kiemeli az adatgyűjtés nehézségeit. A jelenlegi tanulmányozást három fázisban végzik: I. retrospektív érdeklődés levél útján valamennyi angliai és walesi laboratóriumtól a dolgozók egészségügyi viszonyairól; II. a laboratóriumi orvosok és asszisztensek halálozási adatainak vizsgálata; III. a laboratóriumok 10%-ától prospektív érdeklődés egy éven át a betegség, baleset miatt távollévőkről. A dolgozat három táblázatban előzetes eredményeket közöl. Ezek szerint a szakképzett és a fiatal, illetőleg a tanuló asszisztensek között fordul elő a foglalkozási fertőzések több mint egyharmada.

Losonczy György dr.

Fertőzések a kórházakban. Howells, C. H. L.: Proc. roy. Soc. Med. 1975, 68, 95.

A szerző ismerteti a Walesi Egyetemi Klinikákon végzett vizsgálatainak eredményét, amelyek a személynzet foglalkozási fertőzéseivel voltak kapcsolatosak. A staphylococcus aureus fertőzés volt a leggyakoribb. 501 dolgozó között 7 év alatt 700 pyoderma beteg észlelt. A másik gyakori gond a hepatitis. 1965 óta — a szerző adatai szerint — 120 foglalkozási hepatitis eset jelentkezett Angliában, köztük 6 letális kimenetelű. Gyakorlati veszélyt jelent továbbá a salmonellosis, amelyet a fertőzött betegek, és az élelmiszereken, főként hússal viznek be a kórházba. Ritkán fordul elő, de potenciálisan reális foglalkozási fertőző veszélynek találta a szerző a tbc-t, a herpeses körömgágy-gyulladás, a rubeolát, az influenzát és a variolát. Különösen veszélyeztetettek a speciális ismeretekkel nem rendelkező, és az aseptikus magatartásban gyakorlatlan dolgozók. Javasolja munkaegészségügyi vizsgálat létrehozását a kórházban, a munkabábelés előtti általános orvosi vizsgálatokat, a megfelelő immunizációt, a fertőzésmentes környezet biztosítását, és a személynzet megfelelő kiiktatását.

Losonczy György dr.

Ideg- és elmegyógyászat

A psychopharmacologia új irányai. Van Praag, H. M. (Department of Biological Psychiatry, Psychiatric University Clinic, State University of Groningen, Netherlands.): Comprehensive Psychiatry, 1974, 15, 389—401.

A psychotrop szerek nem tervszerű kutatás, hanem véletlenek eredményei. A kutatás rohamos fejlődésével azonban lehetőség nyílt számos különböző irányú megközelítésre. A psychotrop szerek meta-

bolikus és viselkedés szinten hatnak. A kérdés a kettő közötti kapcsolat feltárása. A biológiai pszichiatria és a psychopharmacologia egymást kölcsönösen serkentik. A psychotrop szerek bevezetése megélénkítette a psychopathologiai kutatást. A gyógyszerek hatásának értékelésére alkalmazni kezdték a statisztikai módszereket, majd fejlődésnek indult a psychometria. A kialakult eszközök — kérdőívek, pontozó skálák, standardizált interjúk — nem ideálisak, de bizonyos fokú szubjektivitás csökkenéshez vezethetnek, a felhasználással végzett vizsgálatok összehasonlíthatók és reprodukálhatók.

Az antidepresszánsok az agyi monoaminok mennyiségének növelésével hatnak. A legfontosabb monoaminok a szerotonin (5-HT) és a catecholaminok (CA) — a dopamin (DA) és a noradrenalin (NA). Ezek szerepét a hangulati élet zavaraiiban különböző forrásból eredő vizsgálatok is bizonyították; postmortem vizsgálatok suicid depressziókon, a liquor metabolit vizsgálatok, és a probenidic technikával végzett monoamin „turn-over” mérések. (A probenidic a liquor-vér transzportot akadályozza meg, így a monoaminok a liquorban akkumulálódnak.)

Az agyi monoamin deficit nem minden depresszió mutatható ki, így a psychopathologiailag homogénnek látszó endogen depressziók is biokémiailag heterogénnek mutatkoznak. Mindezek ismeretében olyan új szerek volnának a legalkalmasabbak, amelyek szelektíve gátolják a monoamin újrafelvételt, vagy a receptort stimulálják.

A neurolepticumok heterogén kémiai struktúrájú vegyületek. A tapasztalat azt mutatja, hogy ugyanazon a betegen az egyik szer hatásos, a másik nem, ugyanakkor azonos diagnosztikus kategórián belül az egyes betegek nagyon különböző módon reagálnak egy adott szerre. Ezeknek a különbségeknek az oka még nem tisztázott, de több magyarázat kínálkozik. Szerepet játszhatnak a felszívódás és a kiürülés egyéni különbségei. A pharmacokinetikai megközelítést nehezíti, hogy ezek a szerek olyan kis mennyiségben vannak a szervezetben jelen, hogy meghatározásuk még mindig technikai problémát jelent. A második lehetőség a neurolepticumok kémiai különbségeinek felderítése. Nem elképzelhetetlen, hogy biokémiai sajátágaik határozzák meg terápiás hatásosságukat. A harmadik tényező a biokémiailag meghatározott pszichotriai tünet és a biokémiai hatás közötti „összhang” megtalálása. Ez a kérdés még nem kellően tanulmányozott.

Elfogadható feltételezés, hogy az euphorizáló és stimuláló szerek hatása az agyi CA aktivitás befolyásolásával kapcsolatos. Ez különösen érvényes az alkoholra és az amphetaminokra.

Carlsson és Lindquist mutatták ki a közelmúltban, hogy az alkohol

fokozza a CA szintézist. Ez állatkísérletekben gátolható alfa-metil-p-tyrosinnal.

Jól kontrollált, kettős vak körülmények között, embereken is elvégezték ezt a kísérletet. Alfametil-p-tyrosin praemediació után az alkohol stimuláló és euphorizáló hatásának csökkenését észlelték minden betegnél. Hasonló módon gátolható volt az amphetaminok motoros aktiváló hatása.

Az első hely a lithium sóké. Mind az unipolaris (endogen), mind a bipolaris (psychosis mania-depressiva) betegségekben a fázisok gyakoriságát és súlyosságát a lithium sók hosszútávú adása csökkentette. A triciklusos antidepresszánsok tartós adagolása is eredményes prevenció lehet endogen depresszióban.

A parenterálisan adott, 2—4 hetes hatástartamú neurolepticumok biztosítják a psychotikus betegek fenntartó kezelését, és jelentősen képesek csökkenteni a relapsus és rehospitalizációs rátát. A chronikus psychosikok prognózisa ezek segítségével jelentősen javult.

Alvászavarokat illetően a beteg szubjektív beszámolója vagyunk utalva, de nem tudhatjuk, hogy az alvás melyik „paraméterében” mutatkozik a zavar, és az előírt szer befolyásolja-e azt. Az alvási EEG tanulmányozása segítséget nyújthat a kérdés tisztázásában, és így lehetőség nyílik a racionális hipnotikum választásra. A másik útja a kutatásnak az alvás biokémiai folyamatainak a feltárása, amely már szolgáltatott néhány adatot pl. az alvászázisok és a monoaminerg rendszer kapcsolatáról.

A psychopharmacologia és a neuroendocrinologia közötti kapcsolat még szegényes ugyan, de mutatkozik néhány reményteljes haladási irány.

Prange és mtsai munkája nyomán vált ismertté, hogy a trijódthyronin potenciálja az imipramin hatását. Hasonló hatású a TSH és a TRH. Egyetlen TRH injekció néhány óráig tartó hatást eredményez.

A hypersexualitás, főleg az erős agressív töltésű, gyakori oka a bűncselekményeknek. Az eddigi terápiás lehetőségek korlátozottak voltak. A szintetikus hormon-antagonista szerek nagyon hatásosnak mutatkoznak ezen a területen.

A memóriazavarok keletkezésének reménytelennek tűnő területén hozott újat a közelmúltban de Wied és mtsai kutatásai. Az ACTH származékai mutatkoznak hatásosnak állatkísérletekben, a tanulást és a megtanultak megőrzését segítették elő.

Az egyéni optimális gyógyszeradagolás megválasztásához nyújthat segítséget a pharmacokinetika. Egyre több adat bizonyítja, hogy a gyógyszer szérum szintjének meghatározása, a gyógyszer felszívódásának és kiürülésének ismerete, jelentős tényező a racionális gyógyszeradagolásban. A szérum szint ismeretében csökken a túladagolás és a mellékhatások kockázatának a

veszélye. Ha nem is a mindennapos gyakorlatban, de legalább a terápiarezisztens esetekben elengedhetetlenül fontos lenne a szérumszint meghatározása. A pharmacokinetika talán képes lesz megszüntetni a „szakácskönyv” szintű gyógyszerrendelést — psychosis = 3×100 mg Hibernal.

Arató Mihály dr.

A depressiók diagnosisa és terápiája. Kielholz, P. (Psychiatrische Universitätsklinik Basel, Schweiz): Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie, 1975, 20, 198—208.

A második világháború óta az ún. civilizációs ártalmak következményeként megszorodott a depressiók száma, elsősorban a fejlett ipari országokban. A psychogen depressiók észlelhetők leggyakrabban, de növekedett az endogen és az időskori depressiók száma is. Szerepet játszik ebben természetesen a fejlettebb diagnosztika és hogy mind több depressziós beteg fordul orvoshoz panaszaiával.

A depressiók tünettanában is változást hozott az elmúlt 20 év. Előtérbe kerültek a különböző vegetatív tünetek és funkcionális szervi panaszok. Ezeket a betegeket gyakran csak somatikus irányban vizsgálják ki, anélkül, hogy felmerülne a vizsgálatban, hogy a szervi panaszok hátterében larvált depressio húzódik meg. Az intenzív somatikus kivizsgálások fokozhatják a betegségtudatot és az önmegfigyelést, ezáltal a vegetatív zavarok súlyosbodhatnak és hypochondriás féltelmek alakulhatnak ki.

Az endogen depressio már gyermekkorban megjelenhet, és nem ritkán oka a pubertáskori inaktivitással járó időszakoknak, vagy a tartósan fennálló testi panaszoknak. Kezelésre itt is az antidepresszánsok jönnek szóba, csak kisebb adagban. A szer megválasztását a tüneti profil határozza meg éppúgy, mint a felnőttkori depressiókban.

A depressiók sikeres pharmacoterápiájának feltétele a pontos diagnosis. A depressziós szindrómák oka organikus, toxikus, endogen és psychés noxa lehet, illetve ezeknek a tényezőknek a különböző aránya. Az organikus depressiók strukturális agyi elváltozásoknak következményei, a leggyakoribb az agyi érlelmeszedés miatt kialakuló senilis depressio. Ezekben az esetekben az agyi vérkeringés javítása képezheti a kezelés alapját. A tricyclikus antidepresszánsok 60 év fölött csak mérsékelt dózisban és a cardialis állapot rendszeres ellenőrzése mellett adhatók. A symptomás depressiók somatikus betegségek kísérőjelenségeként alakulhatnak ki. Nem ritkán azonban pharmacogen eredetűek, tartós reserpin, steroid és ovulatiogátló kezelések mellett fordulnak elő jelentősebb arányban. Az amphetamin abusus elterjedésével gyakran észlelhetők ún. ab-

stinencia depressiók. Az újabb genetikai vizsgálatok szerint a periódikus monopoláris és a bipoláris ciklikus depressió öröklődése eltérő. A tünetmentes intervallumok a bipoláris betegségekben rövidebbek, ezért a tartós lithium prophylaxis fokozott jelentőségű.

A psychogen depressióknál a kimerüléssel depressio körülhatárolása okozhat nehézséget. Általában a prodromális hyperaesthesiás astheniás stádiumot követi egy vegetatív zavarokkal és funkcionális panaszokkal járó depressiv syndroma.

A depressziós állapotképek diagnosztikájában a nosológiai besoroláson kívül szükséges a tünettan pontos regisztrálása és a céltünetek meghatározása. A gyógyszerválasztás szempontjából a három fő tünetcsoport: a psychomotoros gátoltság, a depressziós lehargoltság és a szorongás (vagy szorongó nyugtalanság).

Az antidepresszánsok fő hatásai ugyanis az aktivitásfokozás, a hangulatemeléssel és a szorongásoldással. A klinikai tapasztalatokat egyre több biokémiai kutatási eredmény támasztja alá. Az egyes antidepresszánsok fő hatásait grafikonok mutatják be. A MAO inhibitorok elsősorban aktiváló hatásúak, az imipraminnak (Melipramin) van a legjelentősebb hangulatemelő hatása, a legjelentősebb szorongásoldó hatással pedig a thioridazin (Melleril) rendelkezik. Az újabb szerek közül kiemelkedő jelentőségű a maprotilin (kereskedelmi néven Ludomil). Hatása gyorsan kifejlődik, és csaknem egyaránt jelentős aktiváló, hangulaemelő és szorongásoldó hatása miatt a depressiók széles körének kezelésére alkalmas. Terápiarezisztens depressiókban jól bevált a kezelés intravénás készítménnyel történő megkezdése.

Az adekvát individuális gyógyszeradagolást megkönnyíti a szérumszint meghatározás, ami az utóbbi évek jelentős eredménye.

A pharmacoterápia nem elegendő magában a depressziók kezelésében, a psychotherápiát nem helyettesítheti egyetlen antidepresszáns sem.

(Ref.: Kielholz 1968-ban magyar fordításban is megjelent könyvéhez — A depressiók diagnosisa és terápiája a gyakorlatban — nyújt hasznos kiegészítést a közlemény néhány új, elsősorban pharmacoterápiás adatával.)

Arató Mihály dr.

Értelmi fogyatékosok Dániában. Dupont, A. (Inst. of Psychiat. Demography, Risskov, Dánia): Danish Medical Bulletin 1975, 22, 243—251.

Az értelmi fogyatékosokkal foglalkozó központ Dánia 5,1 millió lakosából 21 970 mentális retardáltat vett nyilvántartásba, tekintet nélkül a fogyatékoság súlyosságára. Ez 0,428%-os gyakoriságot jelent. Életkor szerint a 10—29 évesek kö-

zött, de ezen belül is a 15—19 éves korban találtak a legnagyobb gyakoriságot (0,788%). A férfi—nő arány összesítésben 1:3, de az egészen fiatal és az idős korcsoportokban kisebb a ratio. A fiúk korábban és nagyobb számban részesülnek intézményes ellátásban, míg a nők között több az otthon élő fogyatékos. A 0—14 éves retardált gyermekek 70%-át családi otthonukban gondozzák.

Méhes Károly dr.

Cholin-acetyltransferase aktivitás izombetegségekben. Frattola, L. és mtsai (Dept. of Neurology, School of Medicine, University of Milan): Journal of Neurology, 1976, 211, 189—192.

Az acetylcholin synthesisben fontos szerepet játszó cholinacetyltransferase enzim az idegsejtekben keletkezik és az axonális áramlás révén kerül az idegvégkészületekhez. Mivel a cholinerg mechanizmusok a neuromuscularis rendszer trophismusa szempontjából jelentősek, feltételezhető, hogy a cholinacetyltransferase aktivitás-változásai utalhatnak a rendszer működés-zavaraira. Izomdystrophiás, neurogen atrophias és myasthenias betegségekben, biopsiával nyert izomból mérték az enzim aktivitását. Izomdystrophiás esetekben az aktivitás 48%-os csökkenését észlelték. Észlelések az izomdystrophiák pathogenesisének neurogen teóriáját támogatja. Myasthenia gravis esetekben az enzim aktivitása alig változott, jelezve, hogy a körképben az acetylcholin synthesis-ráta nem károsodott. Neurogen izomatrophiasokban az enzim-aktivitás csökkenése párhuzamos volt a megbetegedés súlyosságával, utalva az idegrendszer elsődleges károsodására.

Heiner Lajos dr.

Hypernatraemia és chorea. Sparacio, R. és mtsai (Department of Neurology, State University of New York Downstate Medical Center): Neurology 1976, 26, 46—50.

A hypernatraemia ritkán szerepel okként choreás mozgászavarok kialakulásában, akkor is elsősorban gyermekekben a só-víz-háztartás masszív zavarai miatt.

Általában két fontos faktor szükséges a tünetek megjelenéséhez: 1. pathophysiologias elváltozások az intracellularis-extracellularis ionkoncentrációban, víztartalomban. 2. pathologias elváltozások jelenléte, mint oedema, vascularis thrombosis, haemorrhagia az agyban.

A szerzők 2 (54, ill. 55 éves) chronikus alcoholista beteg profus verejtékezéséhez csatlakozó choreás jellegű mozgászavaráról számolnak be, melyet myoclonusok is kísérték. Emellett tudatzavar, convulsiók stb. is felléptek. A szerzők a legfontosabb biokémiai adatokat táblázatba

sűrítve közlik, melyből a legpregnansabb, kiemelésre méltó adat a kifejezett hypernatraemia (164, illetve 174 maeq/l). A mozgászavarok transiens mivolta arra utal, hogy a hyperosmolaris, hypernatraemiás dehydratio képezte functionális alapját a tüneteknek és feltételezhetően organikus, morphologiai károsodás nem alakult ki.

Az irodalom adatai szerint és a szerzők esetében a só-víz-háztartás zavarának korrekciója a tünetek fokozatos megszűnéséhez vezetett.

Eseteikben feltételezhetően csak transiens jellegű cerebális oedemával lehetett számolni.

Kovács Miklós dr.

Az akut cerebális ischaemia kezelése kismolekulájú dextránnal: retrospektív tanulmány. U. Gottstein és mtsai. (Medizinische Klinik des Bürgerhospitals Frankfurt/M.): Dtsch. med. Wschr. 1976, 101, 223—227.

A szerzők 1968—1970 között 226 akut cerebális ischaemiában szenvedő beteget kezeltek hagyományosan értágítókkal. Majd a következő 3 évben 202 hasonló beteget dextrán (Rheomacrodex) kezelésben részesítettek infusio formájában.

Tapasztalataik szerint a halálózási arányszám 35%-ról 19%-ra csökkent összehasonlítva az értágítókkal kezettekkel. Összehasonlítva mindkét csoportban a 65 év feletti betegeket a halálózási arányszám 42% volt a hagyományosan értágítókkal kezettek esetében, és 21% volt a dextrán-csoportban.

A betegeket két csoportba osztották: egyikben a normotensziós agyi keringészavarban szenvedők szerepeltek, míg a másikban a hypertenziósok és diabetesesek. A javulás a dextránnal kezettek esetében mindkét csoportban szignifikánsan magasabb volt, mint az értágítókkal kezettek csoportjában.

A szerzők szerint a dextrán lényegesen hatásosabb, mint az értágítók ilyen esetekben.

Kovács Miklós dr.

Steroid therapia heveny agyi infarctusban. J. W. Norris. (Department of Neurosciences, Sunnybrook Medical Centre and University of Toronto): Arch. Neurol. 1976, 33, 69—71.

A különböző agyi történéseket kísérő oedema a kórfolyamat prognosist nagymértékben rontja, gyakran a halál közvetlen oka. A központi idegrendszer tumorait kísérő oedema jelentősen csökkentheti corticosteroidok adását követően.

A szerzők 53 esetben megkísérelték nyomon követni heveny agyi infarctusban szenvedő betegek kórfolyását. A betegek életkora mind a dexamethasonnal,

mind a placeboval kezettek esetében nagyjából azonos volt (71—73 év), ugyancsak azonosak voltak a laesiók kiterjedése, a neurológiai kórjelek. Kettős vak módszert alkalmaztak. A dexamethason csoportban 27, a placebo csoportban 26 beteg szerepelt. A 29 napos megfigyelési periódusban a következő eredményeket észlelték: a steroid csoportban a túlélők száma szignifikánsan nagyobb volt, a neurológiai hiánytünetek értékelési számadatai is kedvezőbbek voltak.

A steroid csoportban 3, a placebo csoportban 1 beteg haematemesis jelentkezett. Az előbbi csoportban 1 beteg enyhe diabestest kapott, 2 beteg pneumoniában halt meg, 1 esetben staphylococcus septicaemia, majd agytályog jelentkezett. A placebo csoportban fertőzés szövödmény nem volt. *Patten és mtsai* ugyancsak kettős vak módszerrel végzett tanulmányában hasonló beteganyagban sikernek ítélték meg a steroid therapia alkalmazását, míg *Bauer és Tellez* 54 esetben nem talált különbséget a kórfolyást és a mortalitást illetően.

Patten és mtsai a kezelés során szövödményeket nem észleltek, ugyanakkor *Tellez és Bauer* kiemeli a gastrointestinalis vérzések és a diabeteses exacerbatiók jelentkezését.

A szerzők kellő óvatossággal ajánlják a steroid therapia alkalmazását hasonló esetekben.

Kovács Miklós dr.

Neurológiai komplikációk krónikus alkoholmérgezésben. G. Haferkamp (Neurologische Klinik und Poliklinik der Universität Mainz): Dtsch. med. Wschr. 1976, 101, 55—59.

A szerző az elsősorban nem pszichés idegrendszeri ártalmakat a következőkben sorolja fel: 1. alkoholos polyneuropathia, 2. alkoholos myopathia, 3. alkoholos opticus-atrophia, 4. Wernicke-encephalopathia, 5. Marchiafava-Bignami-betegség, 6. centralis pontin myelinolysis, 7. alkoholos cerebellaris degeneratio.

A jól ismert alkoholos polyneuropathia legfontosabb tüneteit táblázatban közli. Kiemeli, hogy alapja elsősorban a thiamin-hiány, és az esetek bizonyos részében a központi idegrendszer egyéb elváltozásai is társulnak hozzá (Korsakov-psycho-sis, Wernicke-encephalopathia stb.)

Az alkoholos myopathia már jóval kevésbé ismert a nem szakemberek között. Akut formájában gyorsan kialakuló izomgyengeség, bénulás, myoglobinuria veseelégtelenséggel és hyperkalaemiával. Ritkán a légzőizmok és a myocardium is károsodnak. A subcut forma kb. 2—8 hét alatt alakul ki. Symmetriás paresisek, fájdalom, atrophia jellemzi, a mélyreflexek megtartottak. A kreatin-kinase, EMG, biopsia

értékes segítséget nyújthat a kóris-me felállításában az anamnesis adatai mellett.

Az alkoholos opticus atrophia mint alkohol-nikotin-amblyopia ismeretes a gyakran társuló pathogenetikai faktor miatt. A neuropathologiai elváltozások a n. opticus, esetenként a chiasma, a tractus opticus és a papillomaculáris köteg bántalmában nyilvánulnak meg. Fontos az alkohol- és nikotintilalom mellett a B-vitamin-csoport adása.

A Wernicke-encephalopathia legfontosabb tünetei nystagmus, szemizomparezisek, koncentrációs-, tájékozódási-, tudatzavarok, alvászavarok, gyakori társulás Korsakow-psycho-sissal, polyneuropathiával (táblázatban közli). Pathologiai alapja a paraventricularis thalamus, hypothalamus, corpus mamillare, esetenként a cerebellum parenchyma necrosis petechialis vérzésekkel elsősorban a corpus mamillarekban.

Elsősorban a corpus callosum myelindegenerációjára vezethetők vissza a Marchiafava-Bignami-betegség legfontosabb tünetei (dementia, tremor, rigor, bénulások, akinekus mutismus, coma, convulsiók stb.)

A centralis pontin myelinolysis 1959 óta ismeretes agytörzsi, főként pontin károsodásra (symmetriás demyelinisatio) utaló tünetekkel (spasticus bulbarparalysis, tetraparesis, egyéb bulbaris tünetek, coma). Eddig kb. 100 eset intra vitam diagnosizálható. Viszonylag gyakran társul májlaesióval, nephrosis-syndromával. Az idősebb korban fordul elő, prognosisa rendkívül rossz. Aetiologiája ismeretlen. Leírták — leggyakrabban — alkoholistákon, chronikus veseelégtelenségben, carcinomákban, só-víz háztartás zavaiban, kachexiában.

Alkoholos cerebellaris degeneratio. Az irodalom általában Victor és mtsainak tulajdonítja az első közléseket, azonban *Sántha Kálmán* már 1948-ban közölt ilyen esetet. Általában viszonylag ritkán fordul elő, de az utóbbi időben egyre gyakrabban kerül felismerésre és közlésre. Általában kisagyi tünetek jellemzik. Az atrophia maxima a cerebellaris cortex, a vermis superior, Purkinje-sejtek. A differenciáldiagnózis gyakran igen nehéz. Elkülönítendő a kisagyi traumás systemás atrophia (manifestáció idő, pontosabb tünettan stb.) a carcinomás, anyagcsere-bántalmakon alapuló corticalis atrophia (Ref.: a neurológiai szövödmények részletesebb ismertetését azért tartottam indokoltnak, mivel ezek a kórképek a nem szakorvosok körében csak igen hiányosan ismertek, differenciáldiagnosztikus jelentőségük nagy.)

Kovács Miklós dr.

Oculopharyngealis myopathia. G. Campanella és mtsai (II. Faculté de Medicine de l'Université de Naples Clinique des Maladies Ner-

veuses et Mentales): Rev. Neurol. (Paris): 1975, 131, 615—628.

1962-ben definiálta az oculo-pharyngealis myopathiát Victor, Haes és Adams. Megjegyzésre méltó, hogy 1915-ben Taylor már lényegében körvonalazta a betegség legfontosabb tüneteit, bizonyos jellegzetes vonások kiemelésével. A viszonylag ritka, familiárisan előforduló betegséget egyre többen közölték le, így 1966-ban Barbeau és mtsai francia—kanadai családot közölték.

A szerzők az első itáliai családot ismertetik: 6 testvér közül 5 esetben különböző fokú ptosis, szemmozgás-zavarok, hypomímia, rágási-, nyelési és beszédzavarok jelentkeztek elsősorban. A betegség az ötvenes évek után indult lassú progressióval, remissiók nélkül. 2 esetben az elektromyographia, szövettan és hisztokémiai vizsgálatok jellegzetes eltéréseket mutattak. A betegek aspektusa bizonyos mértékig a myastheniás szindrómára emlékeztetett. Az öröklődés domináns autosomalis typust mutat. 3 esetben a serumban az immunoglobulinok megemelkedettek voltak, elsősorban az IgG.

A Barbeau és mtsai által közölt francia—kanadai családdal sok tekintetben hasonlóságot mutat a szerzők által észlelt család.

Kovács Miklós dr.

Adrenoleukodystrophia. Schaumburg, H. H. és mtsai (Rose F. Kennedy Center for Research in Mental Retardation and Human Development, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, N. Y.): Arch. Neurol. 1975, 32, 577—591.

A szerzők 17 (3—12 éves korú) fiúgyermek jól feldolgozott klinikai és pathológiai tanulmányát közlik, akik mellékvesekéreg-elégtelenséggel szövődött leukodystrophiában szenvedtek és meghaltak.

A mellékvesekéreg-elégtelenség különböző súlyosságú leukodystrolett bizonyos idő múlva változatos, súlyos neurológiai tünetek alakultak ki. A szerzők részletesen ismertetik a mellékvesekéreg-, agyi-, n. suralis-, testis biopsia eredményét. Ugyancsak részletesen közlik a mellékvesekéreg-működés, — és laboratórium egyéb leleteit is, melyek csaknem minden esetben tipusosak voltak.

A neuropathológiai feldolgozás különböző súlyosságú leukodystrophia jeleit mutatta az egyes esetekben helyenként metachromasiás jellegű elváltozásokkal és inclusiós testekkel. A neuropathológiai készítmények ábrái igen meggyőzőek.

1923-ban Siemerling és Creutzfeld közölték hasonló eseteket, 1959-ben Gagnon és Leblanc, 1962-ben Hoefnagel és mtsai, 1963-ban Fanconi és mtsai (40 jól dokumentált eset), 1970-ben Blaw-tól származik az adrenoleukodystrophia elnevezés, és ugyancsak ő identifika-
lta előbb a mellékvesekéreg-, majd a Schwann-, here-, és agyi sejtekben

fénymikroszkóposan cytoplasma inclusiákat.

A szerzők szerint is nyitott a kérdés, hogy milyen közelebbi mechanizmus útján jö létre az elváltozás [öröklődő enzim defectus és/vagy hormonális dysfunctio mely(ek) együttesen vagy külön-külön okozhatnak elváltozást a központi idegrendszer velőstruktúrájában és a mellékvesekéregben].

(Ref.: a ritka tünetcsoport néhány hazai esetét is legújabbban közölték).

Kovács Miklós dr.

Familiaris cerebriális sarcomák. J. V. Gainer és mtsai (Division of Neurosurgery and the Department of Pathology West Virginia University School of Medicine Morgantown): Arch. Neurol. 1975, 32, 665—668.

A központi idegrendszer primer sarcomái rendkívül ritkák, ennél is ritkábban fordulnak elő familiárisan. Rubinstein szerint a leptomeningeális sarcomák előfordulása mintegy 1,2% gyakoriságú. Pontos eredetük bizonytalan. A tumor gyakran multiplex megjelenésű, bár sokkal nem rendelkezik, ennek ellenére viszonylag jól körülírt. Általában a magasabb életkorban fordul elő.

A szerzők 4 családot ismertetnek, melyekben a többszörös előfordulású fibrosarcomák viszonylag gyorsan fokozatosan progresszív központi idegrendszeri göcötüneteket eredményezve vezettek halálhoz. Az EEG, angiographia, agyi scan minden esetben határozott localisatiós támpontot nyújtott. Minden esetben műtét történt. Az első esetben opductio a hozzátartozók beleegyezése hiányában nem volt elvégezhető. A másik 3 esetben egyéb szervekben tumort nem találtak.

(Ref.: az ismertetések rendkívül tanulságosak, mivel a ritka előfordulású, familiárisan az idősebb korban jelentkező multiplex tumorok hasonló esetekben diagnosztikus és prognosztikus támpontot nyújthatnak.)

Kovács Miklós dr.

Posttraumás dysautonomiás cephalalgia. Nazhyath Vijayan és mtsai (Department of Neurology, School of Medicine, University of California, Davis): Arch. Neurol. 1975, 32, 649—653.

A fejfájások megfelelő terapiája még ma is a mindennapi gyakorlat egyik legnehezebb problémája.

A szerzők 5 esetet közölnek, amelyekben a közös vonások a következők voltak: 1. a trauma a nyak lágyrészén art. carotis hüvelyének megfelelően jelentkezett, 2. korábbi fejfájásos attackok hiányoztak, 3. a fejfájás a trauma oldalán lépett fel lüktető jelleggel, bizonyos mértékig hasonlított a migrénes fejfájásos rohamokra, 4. a fejfájásos rosszullét ideje alatt homolateralis pupilla tágulat, excessiv verejtékezés jelentkezett az arcon és nya-

kon a traumával azonos oldalon, 5. klinikailag és pharmacológiai szempontból partialis sympathicus dysfunctiónak felelt meg, 6. ergotamin készítmények hatástalanok voltak, viszont jól reagált a fejfájás a béta-receptor gátló propranololra. Simons és Wolf 63 posttraumás cephalalgias betegek közül 4 hasonló volt és a III. típusba tartozott. A vascularis típusú fejfájás a pericarotideális sympathicus plexus laesióján alapszik.

(Ref.: a sajtóságos posttraumás fejfájás therapiás szempontból érdemel figyelmet a jó befolyásolhatóság miatt).

Kovács Miklós dr.

Ischias porckorongsérv nélkül: a lumbalis idegyökök nyomása a gerincscatorna recessus lateralis által. A. Benini (Neurochirurgische Klinik des Kantonsspitals St. Gallen): Schweiz. med. Wschr. 1976, 106, 165—170.

Számos esetben előfordul, hogy „ischias-syndroma”-ban nem találunk porckorongsérvet, vagy a talált lelet egyáltalán nem áll arányban a klinikai tünetekkel. Ilyenkor sok esetben a gerincscatorna recessus lateralis szűkületét állapíthatjuk meg, amely a gyökök, vagy a cauda equina laesióját okozza.

Normális anatómiai viszonyok között a gerincscatorna szabálytalan ötszög alakú, melynek basisa a csigolyatest felé néz. A recessus laterálisok a lumbalis szakaszon 10—12 mm hosszúak. A stenosis — mint arra Epstein és mtsai rámutattak —, gyakran congenitalis, de egyéb okok is hozzájárulnak manifestálódásához.

Emellett a csigolyafelcsúznak elváltozásai, degeneratív elváltozások; chondrosis, osteochondrosis, osteophyták elsősorban cervicalisan, de ritkábban lumbalisan is comprimálhatják a gyököket, az angolszász irodalomban ilyenkor „spondylotic caudal radiculopathy”-ről beszélnek.

A recessus laterálisok stenosisát a natív Rtg. felvétel általában egyértelműen nem mindig erősíti meg, a magasabb liquorfehérje, a myelographiás vizsgálat jelentős segítséget nyújthat. A csigolya-asymmetriából adódó elváltozások eseténként lumbal punctiós nehézséget is okozhatnak, óvatosság ajánlatos.

A kezelés stenosis esetén decompressióból áll, a „foraminotomia” nem szerencsés elnevezés, a szerző sokkal megfelelőbbnek tartja a „median arthrotomia” elnevezést, mivel a caudalis csigolyák ízfelcsúznak cranialis része partialis resectiójáról van szó.

(Ref.: a közlemény értéke, hogy felhívja a figyelmet arra, hogy „ischias-syndroma” esetén más elváltozásokat is kell keresnünk, mint a „hagyományos” porckorongsérvet, különösen annak hiánya esetén a közleményben tár-

gyalt elváltozások más műtéti megoldást igényelnek.)

Kovács Miklós dr.

Acut polyradiculitis. S. Wiener és mtsai (Medizinische Klinik des Departments für Innere Medizin und der Neurologischen Klinik der Universität Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1976, 106, 70—78.

A szerzők 30, 1960—1974 között intenzív részlegen ápolott acut polyradiculitisben szenvedő betegről közölnek adatokat részletes tanulmányukban. Jól áttekinthető oszlop-diagramokon, ábrákon, táblázatokban sűrítik a részeredményeket. A legfiatalabb beteg (nő) 18, a legidősebb (férfi) 79 éves volt. 16 nő, 14 férfibeteget kezeltek. Az életkort tekintve 2 maximum volt megállapítható: 20—29, ill. 60—69 év között.

Betegségfolyás. 1. *Prodromalis tünetek:* leggyakrabban felsőlégúti, valamint „grippé”-s infekciók. 2. *Az időbeli lefolyást* tekintve néhány naptól átlag 2 hónapig. 3. *Neurológiai lelet:* klasszikus sensomotoros főként alsóvégtagi bénulások mellett feltűnően magas számban (28 esetben!) szerepeltek agyidegtünetek (IX., X., VII., XII.), légzőizmok működészavara. Emellett vegetatív tünetek: profúz izzadás, obstipatio, subileus stb. 4. *Laboratóriumi leletek:* 19 esetben klasszikus „fehérje-sejt-dissociatio”. többi esetben nem jellemző sejtszám és össz-fehérjemelkedés. 5. *Komplikációk:* légzőszervi (infekciók, tracheostomiász, vérség, atelectasia), cardiovascularis (hypertonia, hypertóniás krízisek, hypotonia, shock, thromboembolia, szívritmus- és vezetési zavarok, stb.), vesekomplikációk: haematuria, proteinuria, veseelégtelenség. „Metabolikus” komplikációk: ADH-secretiós zavarok, hypercalcaemia, porphyrinuria, glomerulonephritis. Vérzések zavarok. Egyéb: catheterphlebitis, urolithiasis, etc.

Prognosis: 7 eset halállal végződött. A prognózis függvénye a betegség lefolyásának. A 23%-os mortalitás mellett ugyanilyen arányban komplett rehabilitációt sikerült elérniük, míg 34%-ban enyhe, 20%-ban komoly neurológiai maradványtünetek jelentkeztek.

A betegek többségében légzési problémák miatt tracheotomia elvégzésére kényszerültek, illetve betegek egy részét mesterségesen kellett lélegeztetniük. Emellett a gyakori cardiovascularis problémák is indokoltá tették az intenzív terápiát. Az alapbetegséghez társuló immun-complex-nephritis calcium-anyagszerezavartól kísértén (Schwartz—Bartter-syndroma) a prognosztizált igen kedvezőtlen irányba módosítja. Eseteikben steroid-terápiát alkalmaztak, melynek alkalmazása bizonyos esetekben — az irodalmi tapasztalatok alapján — vitatható.

(Ref.: A jól dokumentált intenzív terápiában részesült beteg-

anyag ismertetése igen hasznosnak mondható, számos terápiás megfontolásra ad alkalmat, melyek hasonló hazai betegek esetében is feltehetően jól értékelhetők.)

Kovács Miklós dr.

Progressiv multifocalis leukoencephalopathia 10 éves túléléssel nem-trópusi sprue-val. Kepes, J. J. és mtsai (Department of Pathology and Oncology, University of Kansas Medical Center, Kansas City, Kansas): Neurology 1975, 25, 1006—1012.

A betegségnek eddig kb. 100 klinikailag és pathológiailag jól feldolgozott esetét közölték a világirodalomban. Az alapbetegség (leggyakrabban lymphoproliferatív kórképek) több éves jelentkezése után általában néhány hónap után letális kimenetelű, ma lassú vírusos eredetűnek tartott, az immunrendszer súlyosan károsító folyamatról van szó. A betegséget lassan progressióval súlyos neuropsychiatriai és ennek hátterében álló jellegzetes neuropathológiai elváltozások jellemzik (haemisphaerialis, aszimmetrikus demyelinisatio parietalis dominanciával, kórszövettanilag oligodendroglia pusztulással, sejtinclusionokkal, astrocyta proliferációval). A laboratóriumi vizsgálatok közül a liquor többnyire jellemző elváltozásokat nem mutat, a PEG általában atrophiára, hydrocephalus internusra utal. Az EEG rendszerint diffúz delta, theta hullámokat mutat egyoldali dominanciával.

A szerzők egy 46 éves férfi betegségét és kórlefolását ismertetik, aki évek óta anaemiával, hypoproteinaemiával járó nem-trópusi sprue-ban szenvedett, mely az immunrendszer súlyosan károsította.

9 hónap múlva j. o.-i végtaggyengeség, nystagmus, leépülésszerű jelek miatt került felvételre. Betegségét már első felvétele alkalmával típusos progressiv multifocalis leukoencephalopathiának tartották a klinikai kivizsgálás után. Ezt követően még 4 alkalommal került felvételre egyre súlyosbodó neuropsychiatriai tünetek miatt. Majd cardio-respiratoros tünetek között meghalt. Klinikai és kórszövettani szempontból típusos progressiv multifocalis leukoencephalopathiának bizonyult.

A malabsorptiós szindrómához társuló betegség mintegy 10 évig tartott, az irodalmi közlések szerint Amerikában ez a leghosszabban túlélő beteg!

(Ref.: a hazai irodalomban két in vivo felismert és pathológiai szempontból is feldolgozott esetről van tudomásunk. A betegség létrejöttében nagy valószínűséggel szerepet játszó immunkárosodás megakadályozása céljából, valamint az oki kezelés reményében a kórkép korai felismerésére kell törekednünk és erre az irodalomban közölt esetek klinikai tüneteinek és kórlefolásának ismeretében még a beteg életében lehetőség nyílik.)

Kovács Miklós dr.

A propranolol effectusa essentialis tremorban. L. Teräsväinen, és mtsai (Department of Neurology, University of Helsinki): Neurology. 1976, 26, 27—30.

A szerzők 21 essentialis (benignus) tremorban szenvedő beteg esetében (életkoruk 15—60 év) két-tő vak vizsgálattal tanulmányozták a béta-receptor blokkoló propranolol (Inderal) hatását. Betegeik 120 mg gyógyszert kaptak naponta. A tremor frekvenciája 10 c/s volt. A gyógyszer a tremor frekvenciájára alig hatott, ugyanakkor az amplitúdót jelentős mértékben csökkentette, ez szignifikáns volt. A tremor amplitúdóját és frekvenciáját és ennek változását a propranololra elektromos vizsgálattal követték.

Kovács Miklós dr.

Az agyarázkódás cumulativ effectusa. D. Gronwal és mtsai Department of Neurosurgery, Auckland Hospital, Auckland, New Zealand): The Lancet. 1975, 2, 995—997.

Igen valószínű, hogy a többszöri agyarázkódás effectusa cumulativ módon érvényesül.

Az agyarázkódást általában úgy jellemzik, hogy az öntudatvesztés után bizonyos idő múlva, ez általában 1—2 óra, az öntudat visszatér, az amnesia periódusa néhány napig tart, illetve az agyarázkódás előtti állapot visszaáll. Az esetek mintegy 10%-ában postcommotionalis syndroma fejlődik ki, ez magyarázatra szorul.

A szerzők szerint a persistáló hiány objective kimutatható az informatív folyamat rájáának csökkenésével. Ez kb. 1 hónap múlva normalizálódik, ha hosszabb időn át nem tér vissza a korábbi állapothoz, akkor fejlődik ki a postcommotionalis syndroma. Úgy találták, hogy bizonyos esetekben a második fejtrauma utáni visszatérés a normális állapothoz lényegesen elhúzódnak, mint egyszerű fejtraumát követően.

A szerzők elsősorban sportolók esetében tartják fontosnak az erre vonatkozó vizsgálatokat. Fiatal felnőttek két csoportját különböztették meg: az egyikben volt zárt fejtrauma, a másikban nem.

A betegek életkora 16—26 év között volt, pszichiátriai betegségben nem szenvedtek, psychotrop drogokat nem szedtek, anamnesisük lényegében negatív volt.

Valamennyi beteget a sérülést követő 24 órán belül próbával vizsgálták: 61 egyes számjegy random módon magnetofonra felvett sorozatát különböző sebesség mellett a betegeknek visszajátszották, akiknek az volt a feladatuk, hogy a hallott számjegyekhez mindig adják hozzá az előzőt, és verbalisan adják meg a választ. Minden héten tesztelték a betegeket. Aszerint, hogy a betegek hány nap

alatt tértek vissza a normálshoz (baleset előtti állapot) 4 csoportot különítettek el, melyek között szignifikáns különbség mutatkozott meg az enyhe és súlyos kontroll csoport, valamint az egyszeri és multiplex fejtraumát szenvedettek között. Véleményük szerint itt nem az információs kapacitás csökkenéséről van szó.

A cumulativ effectus lehetséges magyarázata többféle, legvalószínűbb, hogy feltételezhetően hasonló folyamatokról lehet szó, melyek a tanulás alapját is képezhetik.

Kovács Miklós dr.

Az intentiós myoclonus sikeres kezelése clonazepammal. K. Goldberg és mtsai (Harbor General Hospital, Torrance, California): Neurology. 1976, 26, 24–26.

Az intentiós vagy actiós myoclonus kezelése sedativumokkal és anticonvulsivumokkal általában igen szerény eredménnyel járt.

A szerzők 5 esetben (3 férfi, 2 nő) 4 különböző eredetű (mérgezés, aspiratiós pneumonitis) postanoxiás encephalopathiában, ill. ismeretlen eredetű mozgászavarban (Huntington-betegség?) szenvedő beteg intentiós myoclonusának ke-

zeléséről számolnak be. A betegek kezdetben fő terapiaként sedativumokat és anticonvulsivumokat kaptak. Mozdászavaruk számottevően nem javult. Clonazepammal történt kiegészítő terapia (naponta 7–12 mg) után lényeges javulás következett be, esetenként a myoclonus meg is szűnt. Lhermitte és mtsai pharmacologiai vizsgálatai szerint a kedvező eredmények az agyi serotonin-szint correctiójával magyarázhatók, megállapításaikat számos szerző megerősíti.

Kovács Miklós dr.

Figyelem! Új csomagolás!

Arthrofluor

kenőcs

Antirheumaticum



ÖSSZETÉTEL: 1 tubus (25 g) 0,025 g natrium fluoratumot tartalmaz hydrophyl kenőcs alapanyagban. Az 50 g tubus 0,05 g hatóanyag-mennyiséget tartalmaz.

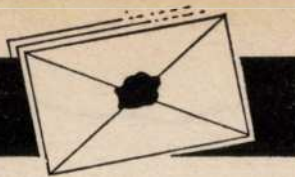
JAVALLATOK: Degeneratív ízületi elváltozások, spondylosisok, arthrosishoz társuló arthritisek – gyulladásos ízületi kórformák, posttraumás arthritisek –, valamint myalgiaik esetében therapiás kiegészítésként.

ADAGOLÁS: Naponta egy vagy több (2–3) alkalommal a fájdalmas testrészt (izület) és környékét vékonyan bekenni és a kenőcsöt bedörzsölni. A kezelés legalább egy héten át folytatandó.

FIGYELMEZTETÉS: Kenőcsös kézzel a szemhez nyúlni nem szabad!

MEGJEGYZÉS: ✱✱ Az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 1 tubus (25 g) 6,70 Ft.
1 tubus (50 g) 13,40 Ft.



A BCG oltás fokozott reakciójáról.

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Heti-
lap 1975. évi 38. számában az Or-
szágos Korányi TBC és Pulmonoló-
giai Intézet módszertani levelet
tett közzé a BCG oltás ún. „fokozott
oltási reakció”-ja esetén követendő
eljárásról. Kérem ezzel kapcsolatos
észrevételeim szíves közlését.

Magyarországon alighanem senki
sem kételkedik abban, hogy a köte-
lező újszülöttkori BCG vakcináció-
nak és a későbbi revakcinációnak
ne lett volna jelentős szerepe
abban, hogy a gyermektbc-nek a
morbilitása és mortalitása oly
nagy mértékben csökkent, hogy ma
már ezen a téren megközelítettük a
legkedvezőbb helyzetben levő álla-
mokat. Az sem kétséges, hogy a
BCG vakcináció a tbc prevenciónak
a legegyszerűbb és a legolcsóbb
módja, amelyet rendkívül ritkán
követ súlyos szövődmény.

Az irodalomban azonban a BCG
vakcinációnak az egyes részletkérdé-
seivel kapcsolatban még ma sem
egységes a szakmai közvélemény.
Így például máig sem egységes az
állásfoglalás a BCG vakcináció védő-
hatásával kapcsolatban, tehát
azzal kapcsolatban, hogy a kont-
roll csoporthoz viszonyítva, milyen
mértékben csökkenthető a tbc-s
megbetegedések százalékos gyakori-
sága. Nem egységes az állásfoglalás
többek között abban a tekintet-
ben sem, hogy mikor (melyik élet-
évben) és kiket (a vakcinálandó
korosztályok egészét vagy csak
egy részét) kell BCG-vel oltani
annak érdekében, hogy a vakci-
náció effektusa, az adott tbc-epi-
demiológiai viszonyok között, a leg-
jobb eredményt biztosítsa.

Hazánkban ezzel kapcsolatban
már korábban történt döntés. Az
eredmény jó és ezért nem valószí-
nű, hogy a kötelező újszülöttkori
BCG oltásokat rövid időn belül el
fogjuk hagyni. Ebben valószínűleg
szerepe lesz annak a szubjektív té-
nyezőnek is, hogy mind az orvosok,
mind a lakosság széles rétegei
megszokták, biztonságosnak érzik,
sőt ragaszkodnak az újszülöttek
BCG oltásához. Ezért úgy vélem,
hogy a BCG vakcinációval kapcsola-
tos mindennemű rendkívüli jele-
nységgel, éppen minálunk kell igen
nyíltan és behatóan foglalkozni és
ezeket a jelenségeket a lehető leg-
több oldalról kell megközelíteni.
Véleményem szerint a módszertani
levél néhány részletének megfogal-
mazása félreértésre adhat okot.
Ilyen félreérthető résznek tartom a
következőt: „Az elmúlt év folya-
mán néhány helyen az újszülöttkori
BCG oltások utáni fokozott reak-
ciók (elsősorban lymphadenitisek)
megszaporodását tapasztalták.” —
(Tudomásom szerint csaknem az
egész országban.) — Majd a mód-

szertani levélnek ez a gondolata így
folytatódik: „A kérdés vizsgálata
során meg lehetett állapítani, hogy
egyrészt az oltási reakciók megíté-
lése nem egységes, másrészt nem
hajtják végre a fokozott BCG oltá-
si reakciók esetén követendő eljá-
rást.” — (A követendő eljárás alatt,
mint az a későbbiekből kiderül az
értendő, hogy ezeknek a fokozott
reakcióknak a bejelentése nem tör-
ténik meg.) — Nem tenném szóvá
az idézett részt, ha a módszertani
levél szerkesztője csak egy szó-
val is elismerné azoknak az igazát,
akik azon a „néhány helyen” az
1974-ben végzett újszülöttkori BCG
oltásokat követően az ún. fokozott
reakciók megszaporodását észlelték.
Bennem ez a megfogalmazás olyan
visszhangot keltett, mintha arról
lenne szó, hogy azon a néhány he-
lyen valójában csak az oltási reak-
ciók megítélésének nem egységes
volta eredményezte volna azt a
megfigyelést, hogy az oltási reak-
ciók megszorodtak. A módszertani
levél másik félreértésre okot adó
részletének a következőt tartom:
„A védőoltási szabályzat” leírja a
helyes oltási technikával végzett
BCG oltás reakcióit és az ún. „foko-
zott oltási reakciót”. Amennyiben
ez a mondat így szólna ... BCG ol-
tás reakcióit, melyek között ritkán
az ún. „fokozott oltási reakció” is
előfordul, akkor az olvasóban nem
merülhetne fel kétség az iránt, hogy
ebben az utóbbi esetben sem ok-
vetlenül arról van szó, hogy az ol-
tás nem történt helyes technikával.
Végül megemlítem, hogy a mód-
szertani levélben sajnálatosan nem
korrigálták az 1969-ben megjelent
védőoltási szabályzat 32. §-a 4.
pontjának az adatát, miszerint az
újszülöttkorban BCG oltottak 1
ezrelékében fordul elő az oltási ol-
dalon a regionalis nyirokcsomónak a
gennyes-sajtos (necrotikus) gyulla-
dása. Szémának és munkatársainak
(1) megfigyelései szerint 1959-
től 1968-ig a postvaccinációs, BCG-
okozta lymphadenitisek évenkénti
gyakorisága 0,8‰–2,9‰ volt. Lu-
gosi (2) szerint 0–2 évesekben
ezek a reakciók 1,2‰ gyakoriság-
ban fordultak elő. A mi becslésünk
alapján pedig Szabolcs-Szatmár
megyében, 1960-tól 1964-ig e szö-
vődmény átlagos gyakorisága 0,3‰,
majd 0,6‰, 1974-ben pedig már 1‰
volt.

Szabolcs-Szatmár megyében, 1960
óta, figyeljük és gyűjtjük azokat a
gyermeket, akiknek az újszül-
öttkori BCG vakcinációját köve-
tetően az oltás régiójában (az axil-
laris, a supra- vagy infraclavicu-
laris tájékon) az oltástól számított rö-
videbb-hosszabb idő elmúltával
suppuráló nyirokcsomó-duzzanat
jelentkezett. Megfigyeléseinkről
munkatársaimmal 1975. szeptember
18-án, a Gyermektüdőgyógyász

Sectio tudományos ülésén, Keszthe-
lyen számoltunk be (3).

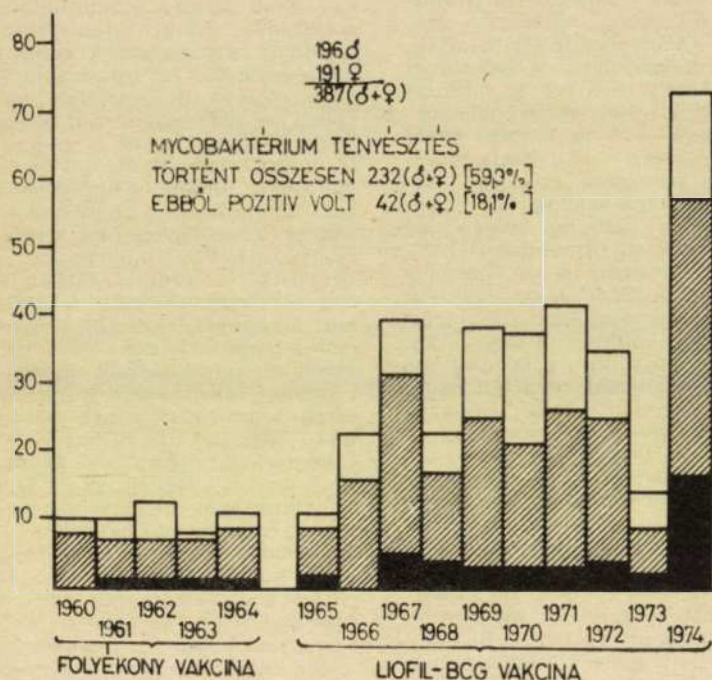
Megfigyeléseink legfontosabb
adatait ábrán tüntettük fel. Ábránk
szemlélteti, hogy 1960-tól 1974-ig
az újszülöttkori BCG oltásokat kö-
vető suppuráló vakcinációs
komplikációk gyakorisága három
periódusra osztható. Az első peri-
ódus 1960-tól 1964-ig tart. Ekkor fo-
lyékony BCG vakcinával történtek
az oltások. Mind a suppuráló nyi-
rokcsomók száma, mind pedig az
incitált nyirokcsomók gennyből
kitenyészthető és típusmeghatáro-
zással igazolt BCG törzsek aránya
ebben az időszakban volt a legki-
sebb. Megszaporodott a suppuráló
nyirokcsomó-komplikációk szá-
ma akkor, amikor a liofil vakciná-
val történtek az újszülöttkori BCG
oltások. Ezzel egyidejűleg a nyirok-
csomók gennyből kitenyészthető po-
zitív BCG kulturák százalékos ará-
nya is megnövekedett. A legtöbb
volt a gennyes necrotikus nyirok-
csomó-reakciók száma és a legna-
gyobb a nyirokcsomók gennyből
visszatenyészthető pozitív BCG cul-
turák százalékos aránya, az 1974-
ben végzett újszülöttkori BCG
vakcinációkat követően. Tudomá-
sunk szerint 1974-ben az OKI BCG
Laboratóriuma készítésére emelte
a liofil vakcina élő baktérium egy-
ség számát. Az ábrán az is érzékel-
hető, hogy ezeknek a „szokatlan
reakcióknak” száma nincsen szoros
összefüggésben az élveszületettek
számával. Ebből arra következtet-
tünk, hogy a BCG vakcinációk
száma és a vakcinációs szövődme-
nyek százalékos aránya között sincs
szoros összefüggés. Az is általáno-
san ismert, hogy bizonyos gyártási
számú készítmények alkalmazását
követően növekszik, más gyártási
számú készítmények után pedig
csökken a suppuráló reakciók
aránya. Megfigyeléseink alapján
határozottan leszögezhetjük, hogy
az újszülöttkori BCG oltásokat kö-
vető gennyes necrotikus kompliká-
ciók megnövekvő gyakorisága első-
sorban a BCG vakcina kvalitatív
(folyékony, vagy liofil vakcina) és
quantitatív (BCG élő baktérium
egység szám növekedés) körülmé-
nyeinek a megváltoztatásával függ
össze.

Az elmondottak ellenére sem ta-
gadható, hogy az oltás technikai
hiányosságai is (a subcutan adott
vakcina, a vakcina készítmény elég-
telen felrázása stb.) ne járulhatná-
nak hozzá a suppuráló kompliká-
cióknak a kialakulásához. Azonban
úgy vélem, hogy ezeknek a jelentő-
sége alárendelt a BCG vakcina qua-
litatív és quantitativ megváltoztatá-
sához viszonyítva. A nagy számok
törvénye alapján az a valószínű,
hogy a technikai hibák százalékos
gyakorisága az évek folyamán meg-
lehetősen konstans, hiszen a leg-
több helyen az újszülöttek BCG
vakcinációját végző személyek, már
huzamosabb ideje végzik ezt a fel-
adatot. A helytelen vakcinációs
technika alárendelt szerepe mel-
lett szólhat az is, hogy megfigyelé-

12388
11000
10125

A MEGYE
ELVE SZÜLTETI

AZ 1960-TÓL 1974-IG VÉGZETT ÚJSZÜLTOKORI BCG-OLTÁSOK
NYOMÁN KELETKEZETT SUPPURÁLÓDÓ NYIROKCSOMÓK GYA-
KORISÁGA ABSZOLUT SZÁMOKBAN



TENYÉSZTÉS TÖRTÉNT
MYCOBAKT. POZITÍV TENYÉSZET

seink szerint a BCG vakcina qua-
litativ és quantitativ tulajdonságai-
nak a megváltoztatásával nemcsak
a suppurálódo regionális nyirok-
csomók száma szaporodott meg, ha-
nem megnőtt a nyirokcsomók geny-
nyéből kitenyészített pozitív BCG
culturák százalékos aránya is. Ide

kívánczik mint érv, az is, hogy a
szokatlan oltási reakciók megszo-
rodását nemcsak Szabolcs-Szatmár
megyében észleltük.

Arra a kérdésre, hogy a 10 000—
12 000 újszülött korban vakcinált
gyermek közül miért éppen csak
abban a néhány gyermekben kelet-

kezett gennyes necrotikus reakció,
nem tudunk választ adni. Mi ezt a
problémát megpróbáltuk statisztí-
kai módszerrel megközelíteni, azon-
ban vizsgálatunk nem járt ered-
ménnyel.

A módszertani levélnek azzal a
megállapításával kapcsolatosan,
hogy a szokatlan vakcinációs reak-
ciók bejelentése nem történik meg,
elismerem, hogy ennek a a kötele-
zettségnek mi is csak egy esetben
tettünk eleget. Annak érdekében,
hogy ez a mulasztás a jövőben meg-
szűnjék, azt javaslom, hogy készít-
sen az Országos Korányi TBC és
Pulmonológiai Intézet az OKI ille-
tetes osztályával karöltve egy
ahhoz hasonló nyomtatványt, mint
amelyen a fertőző betegeket kell be-
jelenteni. Ezen a formulán azok a
kérdések szerepeljenek, amelyek a
BCG vakcináció „terepen” való el-
lenőrzéséhez szükségesek. Azt ja-
vasolom, hogy a nyomtatvány
olyan kivitelezésű legyen, hogy azt
indigóval lehessen, akár több pél-
dányban kitölteni és ezek egyike az
illetékes gyermektüdőgyógyásznál
maradjon.

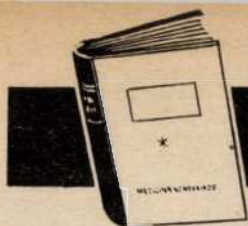
Végül megismétlem azt a gondo-
latot, melyet 1969-ben e lapban
megjelent közleményem (4) is tar-
talmazott: Arra kell törekedni,
hogy minél stabilabb biológiai tu-
lajdonságú vakcinával történjenek
a folyamatos BCG oltások, olyan
hatékony vakcinával, amellyel a
nem kívánatos oltási reakciók az el-
érhető minimális mértéket közelítik
meg.

Loós Tibor dr.

IRODALOM: 1. Széman S., Illés B.,
Körmöczy I.: 10 éves tapasztalataink a
postvaccinációs (BCG) lymphadenitisek-
kel. Előadás, 1968-ban. — 2. Lugosi L.:
A BCG védőoltás és a tuberkulin próba.
A tbc Szakorvosok Továbbképző Tanfo-
lyamának Jegyzete X. rész, 1969 Buda-
pest 24—49. oldal. — 3. Loós T., Kocs-
márszky Zs., Mártha I., Szabó I., Dévé-
nyi Z.: Suppurálódo BCG-vakcinációs
komplikációk a tenyésztési eredmények
tükrében. Előadás a Gyermektüdőgyó-
gyász Sectionak a Csehszlovák—Lengyel
Gyermekpulmonológiai Sectionnal együtt
1975. IX. 18—19-én tartott tudományos
ülésén, Keszthelyen. — 4. Loós T.: Ak-
tuális tuberkulin-diagnosztikai felada-
tunk. Orv. Hetil. 1969, 110, 1493.

„Mindig szeretjük azokat, akik minket bámulnak, — és nem mindig szeret-
jük azokat, akiket mi bámulunk.”

La Rochefoucauld



KÖNYVISMERTETÉS

Janzen, R.: Neurologische Diagnostik, Therapie, Prognostik. Ferdinand Enke Verl. Stuttgart, 1975. 516 o., 320 ábra, Ára: 48,— DM.

A könyv elsősorban orvostanhallgatók és általános orvosok számára készült, azzal a céllal, hogy „megmutassa a diagnosishoz vezető utat, valamint megadja a kezelés és prognostika elemeit.” Szakít a hagyományos beosztással. Így pl. az anamnesis felvételét a tünettan után, a részletes rész előtt tárgyalja. Nemcsak a beosztásban, hanem a nomenclaturában is „újító”, pl. az encephalosis mintájára a periphereális idegek nem gyulladásos megbetegedését neurosis-nak nevezi, ami zavart keltő, hiszen neurosison egészen mást értünk. Tömörsege miatt a könyv nem mondható „olvasmányosnak”, azonban igen sok hasznos adatot tartalmaz és ismételt kiválást a szerző szándéka, hogy gondolkodásra serkentsen. A tömörséget van hivatva ellensúlyozni, hogy ugyanaz a tünet, vagy kórkép más összefüggésben ismét visszatér a szövegben, ezáltal mód nyílik többszörös rögzítésére.

A részletekre térve: az előbbi szerkesztési módból következik, hogy pl. a *fájdalomingervezetési rendszerrel* együtt a chordotomiára is utal a szerző. Az érzésszálakokkal és vizsgálatuk módjával igen részletesen foglalkozik, mivel — szerinte — azt általában elhanyagolják a neurológiai tankönyvek. Felhívja a figyelmet annak lehetőségére, hogy az információ *feldolgozása* szenved zavart: depressziós fázisba került beteg újra érzi rég lezajlott neuralgiás fájdalmát.

A *mozgatórendszer* peripheriás részének megbetegedéseivel kapcsolatban hangsúlyozza az elektromyographia fontosságát. A klasszikus elektromos vizsgálatot elavultnak tartja. *Functionális* (myastheniás reactio, myotoniák) és *strukturális myopathiákat* különíti el.

A *centralis mozgatórendszer* diagnosztikájában szándékosan mellőzi az ún. „Babinski-csoport” reflexeinek elnevezését és leírását, mivel a combtól distalfelé fájdalomingerrel kiváltott öregüj-dorsalflexió jelentősége azonos, függetlenül a kiváltás helyétől.

A hosszúpályák sérülésének magassági kóriszméjében lényeges az „ex negativo, ex silentio” diagnózis, ti. bizonyos tünetcsoportban mely területek sérülése nem lehetséges.

Meglepő, hogy a parkinsonismus localisatiós lehetőségei között nem szerepel a pallidum és az athetosisra vezető tényezők között nem említi meg a magisterust.

Az agykérgi functiókat tárgyalva

megállapítja, hogy a Kleist-féle klasszikus localisatiós-elmélet ideje lejárt. A bal félteke dominanciája a beszéd-írás-olvasás szempontjából ma sem vonható kétségbe. A személyiség viszont a néma területekhez és inkább a jobb féltekéhez kötött. Az összeköttetések, kapcsolatok útján a velőállomány-nak is jelentős szerepe van a cerebrális functiókban, sőt az általános anyagcserének, a hormonoknak és a glíanak is. Szerző ismételt — nagyon helyesen — hangsúlyozza a belgyógyászati vizsgálat s ezzel kapcsolatban a szervezet egészének és az idegrendszer kölcsönhatásának fontosságát.

Az *epilepsia* nem sui generis betegség. *Epileptikus* reakciók vannak. A görcsfocus felderítésében a post-paroxysmalis kimerülés helyének megállapítása a döntő. Elveti a Nemzetközi Epilepsiaellenes Liga beosztását, szerinte az statikus. Helyette saját — szokatlan — beosztást alkalmaz: így a petit mal-csoportba sorolja a Jackson epilepsiát, a frontális és parietális adversív rohamokat is.

A *cerebrális rohamokat* az epileptikus reakciók mellett *synkopális* és *diakoptikus* reakciókra osztja. Utóbbi általa képzett új kifejezés s azt a reakcióformát jelenti, amelyben a cerebrális functiók sem nem fokozódnak (epileptikus reactio), sem össze nem omlanak (synkopális reactio), hanem desintegrálódnak (diakoptikus — széttöredezés). Ide sorolja 1. a nevetőrohamot (gelopsia), 2. az affectív tónusvesztést, 3. az elalvási kényszert, 4. a testi és cerebrális alvás dissociációját. Utóbbihoz sorolható a narcolepsia.

A továbbiakban 1—1 tünetet ragad ki és tárgyal meg, így a szédülést, a helyi és általános agynyomásfokozódást.

A *kórelőzmény felvétele* és a *vizsgálat* kivételének ismertetése csak ezután következik, azzal az indoklással, hogy a könyvet tanulmányozónak előbb ismernie kell, hogy milyen panaszok, ill. tünetek után érdeklődjék.

Az *organikus idegbetegségeket* részleteiben tárgyaló fejezet az általános részhez képest igen rövid. Hangsúlyozza a szerző, hogy felesleges túlságosan nagy adattömeget összehalmozni az orvostanhallgatóknak vagy akár az orvosoknak. Részben azért, mivel a gyors fejlődés miatt még szűk területen sem lehet ma már teljes a szakember ismeretanyaga, részben, mert a közeli jövőben már „adatbankból leiható” anyag fog rendelkezésre állni.

A *cerebrális keringési zavarok* diffus parenchymanecrosist okozó formájában a thrombocyta-aggre-

gatio jelentősége jóval nagyobb, mint általában vélik. A „cerebrális sclerosis” elnevezést elveti. E mögött gyakran angiopathia, embolisatio, szívelégtelenség húzódik meg, mindezek befolyásolhatók. Míg az „agyi érlelmeszedés” megjelölés therapiás nihilismus forrása.

Körülírt vascularis encephalopathiákban mindig azt a kérdést kell feltennünk, hogy miért és hol mond csődöt a collateralis keringés. Ismerteti a közismert ténytet, minél distalisabban van a szűkület, annál rosszabb a restitutio.

Koponyatraumás beteg ellátásában az orvos feladatait a következőkben látja: 1. az acut szakban helyesen cselekedjék, 2. időben adjon prognoszt, 3. korán kezdje meg a rehabilitatio irányítását, 4. helyesen ítélje meg a posttraumás munkaképesség-csökkenés fokát.

A „*részletes rész*”-ben még röviden foglalkozik többek között a gyulladásos és daganatos betegségekkel. Végén külön rövid fejezetben összefoglalja az azonnali beavatkozást igénylő körképeket: gerinc harántlaesio, subarachnoidalis vérzés, status epilepticus, fenyegető intracranialis beékelődés, myastheniás crisis.

A munka befejező része a szerző által „kis neurológiai atlasz”-nak nevezett 143 oldalas ábragyűjtemény. Ebben a szokásos ábrák (pályák, peripheriás idegek, agytörzsi sematikus keresztmetszetek) mellett az EEG, EMG a koponya- és gerinc röntgenológiából vett jellemző képek is megtalálhatók. Előnye, hogy valóban atlaszként használható, a keresett ábrát hamar megtaláljuk. Hátránya viszont, hogy bár fejezetenként tagolta szerző az illusztrációkat, a könyvet folyamatosan olvasónak állandóan hátra kell lapoznia.

A munkát az egyes fejezetek végén irodalomjegyzék, a szöveges rész után név- és tárgymutató teszi teljessé.

A könyv legvégén kérdőívet találunk, amelyben a szerző az olvasók véleményét kéri a munkáról.

Összefoglalva megállapítható, hogy a szerző a bevezetőben említett célját elérte. Könyvében jó alapot nyújt a neurológiai ismeretek elsajátításához. Szerkezeti változtatásai és főként „nyelvújításai” szokatlanok, de a lényeget nem érintik.

Mátyus Adorján dr.

Jürgen Krämer: Funktionelle Behandlung der Hüftdysplasie und Hüftverrenkung. (Bücherei des Orthopäden, Band 14. Editor: P. Otte, K. F. Schlegel; Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1975. 107. oldal. Ára: DM 39,—)

Bevezetőben a szerző leszögezi, hogy a világra hozott csípőficam korai funkcionális kezelésének eredményessége iránt nincs kétség. Az NSZK-ban azonban sok gyermek 1 éves kor felett kerül kezelésre, ami szükségessé tette, hogy

nagyobb gyermekek számára is kessék a funkcionális kezelés lehetőségét. Részletesen ismerteti a Hoffmann-Daimler-féle eljárást, az extensio kezelésével és a Hanau-sek-készülékkel végzett repositio és retentio módját. E kezelések 3 éves korig eredményesek lehetnek, azonban az eredmény és a kezelés időtartama a kezelésbevitelkor fennálló életkor és a ficam súlyosságának függvénye. A kezelésbevitelkor azonosnak tűnő elváltozások kezelési eredményében mutatkozó eltérések endogen tényezőkre és az izület biológiai értékére vezethetők vissza.

500 gyermek kezelése során szerzett tapasztalatai alapján a mitigált Lorenz-helyzetben (60° abductio, 70° flexio, enyhe berotatio) történő retentio biztosítására a Hanau-sek-készülékkel igen alkalmasnak tartja. Ez a helyzet az instabil retentív fázisban fokozott relaxációs veszéllyel jár, ezért részletezi, hogyan lehet e készülékben a cranio-caudalis és dorso-ventralis irányú antiluxatív erők kedvező hatását biztosítani.

A különböző irányú extensio kezelés előnye, hogy repositio közben nyomó- vagy nyíróerők nem lépnek fel, ami a fejnecrosisok számának jelentős csökkenését eredményezi.

Az első évben befejezett kezelés után különösebb utókezelés nem szükséges. 1 éves kor körül kezdett kezelésénél a terhelést 2 éves életkor előtt nem engedélyezi. A részleges és teljes terhelés között az átmeneti idő 2–3 hónap. 2 éves kor után kezdett kezelésnél a coxa valga és a fokozott antetorsio csekélyebb normalisációs tendenciát mutat.

A dysplasia kezelésére különböző típusú „terpesznadrág” lehet alkalmas, mivel a habgumi pelotta rugalmasságánál fogva biztosítja a csípő fejlődése számára kívánatos flectált-abductált helyzetet. A merev betét károsító lehet, a rövid pelotta alkalmazása esetén a gyermek által végezhető aktív adductio-extensio mozgás pedig luxáló hatást fejt ki a coxalis femurvégére.

A 8 hónaposnál idősebb 300 ficamos gyermek kezelése során a húzókezelés vezetett a legkímélőbb repositiohoz, és a Hanau-sek-készülékben végzett retentio is jó eredményeket adott. Nyílt repositio egyetlen esetben sem vált szükségessé.

A könyv jól foglalja össze a világra hozott csípőficam pathológiáját, a nagyobb gyermekek konzervatív kezelésére alkalmazható módszereket, és röntgen-felvételek mutatják be az elért repositiót, többségében azonban a végeredmény dokumentálása nélkül. A könyv a világra hozott csípőficam kérdésével foglalkozó orthopaedek számára jól használható.

Az ismertetett eljárások csak részben felelnek meg a valódi funkcionális kezelés elveinek, mivel a retentio módja passzív mechanikus kezelésnek tekinthető.

Szerző is kifejti, hogy a legjobb eredmények a korai funkcionális kezeléstől remélhetők. Ezért hangsúlyozni szeretném, hogy a hazánkban egyre szélesebb körben terjedő perinatalis vizsgálatok kiterjesztésével változatlanul az ún. legkorábbi funkcionális kezelés végzésére kell törekednünk.

Barta Ottó dr.

Henning, H.-G., Jugelt, W., Sauer, G.: Praktische Chemie für Mediziner und Naturwissenschaftler. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1976. 404 old. + 30 old. függelék és tárgymutató. Ára: 22,40 M.

Az 50-es évek óta a Német Demokratikus Köztársaságban is teret nyert az a felismerés, hogy az orvostanhallgatók kémiai előképzése a teljes képzésnek nem elhanyagolható része. Ennek a felismerésnek egyik — tegyük hozzá — kiváló bizonyítéka a recenzio címében idézett könyv, melynek címe, nyilván igen alapos megfontolás után lett „Praktische Chemie”, miután ez a mű középpontot foglalt el egyrészt a szokásos értelemben vett praktikum, másrészt a tankönyv között.

A szerzők a mű előszavában utalnak is arra, hogy a kémiai tankönyvek nem képesek kielégíteni az orvostudományok különleges kémiai igényeit és ugyanez áll többé-kevésbé a vegyészek számára készült praktikumokra is. E megfontolás alapján állították össze a szerzők „gyakorlati kémiai” művet, amelyben a gerincet az alább ismertetendő fejezetek szerinti csoportosításban kémiai gyakorlati feladatok képezik, azonban a gyakorlati feladatok előtt és után a szerzők megadják a feladat jó megértéséhez szükséges rövid elméleti ismeretanyagot is. A könyv önmagában ugyan nem pótolja az alaposabb és részletesebb kémiai tankönyvet vagy pláne kézikönyvet, de igen kitűnő szolgálatot tehet annak, aki már elvégzett valamilyen kémiai kurzust és ezek után áttanulmányozza, vagy ami még ennél is többet érne, alkalmas laboratóriumi lehetőségek esetén a tanulmányozás mellett a gyakorlati feladatokat is végcsinálja.

Az első 40 oldal a legegyszerűbb kémiai laboratóriumi eszközöket, felszerelési tárgyakat és eljárásokat ismerteti, nem feledkezvén meg az egyszerű, egészségügyi óvórendszabályokról, egyszerű üvegtechnikai eljárásokról sem.

Mintegy 90 oldalnyi terjedelemben következnek ezután az általános és szervetlen kémia alapismertetei. Ez a fejezet kissé heterogén, mert pl. itt kerülnek tárgyalásra a koncentráció különböző kifejezési módjai, ezek kölcsönös átszámításai és az atomszerkezeti alapsmeretek, a kémiai kötéselmélet és egy igen rövid, de gyakorlatokkal demonstrált áttekintés az anorganikus kémiáról.

Mintegy 150 oldalt vesz igénybe a kémiai reakciók kvantitatív tör-

vényszerűségeit tárgyaló fejezet. Ennek keretében egyszerű, de demonstratív kísérletek leírását találjuk a kémiai kinetika, az elektrolytisszociáció, titrimetria, pufferdátok, elektrokémia, stb. tárgyköréből, természetesen — mint már fentebb említettük — itt is a szükséges, minimális elméleti alátámasztással.

Ezt követően kb. 90 oldalon át tárgyalják a szerzők a szerves kémiai alapsmereteket ugyanilyen módszerrel. A recenzor nem hallgathatja el ama véleményét, hogy a fejezet kissé zsúfolt. E 90 oldalba olyan sok adat, összefüggés és kísérlet szorult, ami a többi fejezethez képest megnehezíti és némileg fáradtságossá teszi e fejezet tanulmányozását.

Az utolsó, V. fejezetben a szerzők a különböző kémiai analitikai eljárásokat mutatják be. Itt említjük meg, hogy a most ismertetett mű az 1966-ban megjelent mű 3. átdolgozott kiadása és éppen ebben az V. fejezetben található a legtöbb korszerűsítés az előző két kiadáshoz képest. Így többek között a fotometria, az ioncserés analitika, a kromatográfia különböző módszerei, organikus analitika, stb. alap-elemeinek ismertetése szerepel ebben a fejezetben.

Függelékként kémiai táblázatok, 4-jegyű logaritmus-táblázatok, irodalmi áttekintés, tárgymutató egészíti ki ezt az értékes művet.

A recenzor hasznosnak vélne e mű magyar nyelvű fordításának megjelentetését.

Szabó Dezső dr.

von Kreybig, T.: Entstehung von Missbildungen (A vele született rendellenességek létrejötte). Urban und Schwarzenberg, München—Berlin—Bécs. 1975. 266 oldal, 167 ábra. Ára: 18,— DM.

A Hamburgban dolgozó szerző az európai teratológusok egyik jól ismert alakja, aki már korábban is jelentkezett e témakörbe vágó ismeretterjesztő könyvvel (Kísérletes prae-natalis toxikológia, 1968). Jelen munkájában a vele született rendellenességek létrejöttének legfontosabb exogén és endogén okait és a pathogenesis általános szabályszerűségeit foglalja össze orvosoknak, pedagógusoknak, pszichológusoknak, jogászoknak, tehát általában az e kérdésekben kevésbé jártas értelmiségiek számára. Az első fejezetben a vele született rendellenességek főbb típusait (gametopathiák, blastopathiák-zygopathiák, embriopathiák és foetopathiák) tárgyalja az egyes vele született fejlődési rendellenességek kritikus periódusainak tükrében. Erdeme e résznek az ember és kísérleti állatok közötti tanulságos párhuzamátétel. A második fejezet a kórokokkal, a harmadik ezek érvényesülési feltételeivel foglalkozik. A negyedik fejezet tárgya a teratogenezis, mutagenézis és carcinogenezis elméletileg és gyakor-

latilag oly fontos összefüggéseinek felvázolása. Végül mindezek gyakorlati vonatkozásait a terhesgondozás és tanácsadás munkáján keresztül, a megelőzés fontosságának kidomborításával foglalja össze. A szerző a teratológia oly sok forrású ismeretanyagának integrációját tűzi ki feladatul és ennek — e magas szintű ismeretterjesztő munkájában — jórészt eleget is tud tenni. Tárgyilagos, modern szemléletű, etikai-morális kérdéseket is felölöl, jól illusztrált, „puhafedelű”, tehát népszerű kiadású könyve mindazoknak a teratológiával mélyebben nem foglalkozó németül olvasó orvosoknak ajánlható, akik e tudományterület általános, egyetemi tankönyvi szintű ismereteiről kívánnak tájékozódni.

Czeizel Endre dr.

Dr. Gábor György: Cardiologia az orvosi gyakorlatban. Medicina, 1975.

A könyv a Gyakorló orvos könyvtára sorozatban, 2. változatlan kiadásban jelent meg.

A jó anamnesisre és betegvizsgálatra — mégpedig a szívbeteg, vagy „szívpanaszokkal” jelentkező betegek *mindenre kiterjedő vizsgálatára* — nagy súlyt fektet a könyv bevezető fejezetében. A fontosabb szívbetegségekről a szokásos csoportosításban beszél: a rheumás eredetű vitiumok, a vele született szívhibák, a rheumás carditis, endocarditisek, a pericardium beteg-

segei, a szívizom betegségei, cor pulmonale fejezetei találhatók a könyvben, külön foglalkozik a ritmuszavarokkal, a szívelégtelenséget és kezelését önálló fejezetben foglalja össze, és olvashatunk röviden a szív és keringés funkcionális zavaráról is.

A fülszövegek stílusában — kiemelve a könyv néhány izgalmas kérdését — a következő témák keltetik fel az olvasó figyelmét: *congenitalis vitiumok a felnőttkorban — cardiomyopathiák — mivel téveszthető össze az angina pectoris? — az angina pectoris atipikus formái — az elektrolitzavarok hatása a szívre — mi lehet a diureticum-therapia hatástalanságának az oka? — hatásos-e az Atriphos-kezelés? — melyik az a szívbetegség, amelyben a digitalis kezelés rontja az állapotot? — adjunk-e anticoagulant myocardialis infarctusban?* (Ez még folytathatnánk a sort, ameddig a könyv elképzelt füle tart.)

A helyes diagnózis, a szívelégtelenség kezelése, a myocardium betegségek, az angina pectoris kezelése, a ritmuszavarok terapiája és még a megelőzés, rehabilitatio vannak főleg a gyakorló orvos kezében — mindezekről tájékoztatást is kap a könyvből —, de a döntések is a tennivalót illetően, a terapia módjának és időpontjának megválasztását illetően; meddig tartozik a beteg sorsa a tevékenységi körébe és már mikor nem?

A vitiumok fejezetében — a téma természetéből is adódóan — a diagnózis és a terapia egyébként

megtartott egyensúlyából a diagnózis felé tolódik a súlypont, és itt az olvasó olykor bizonytalanságban marad, mit tegyen a felismert betegséggel, a beteggel. Nem a szívelégtelenség kezelésének tárgyalása hiányolható, hiszen ez igen részletes, a gyógyszerek indicációját is pontosan tárgyalja, a „mikor” kérdése világos, mert jól felismerhető jelei, kritériumai vannak a szívelégtelenségnek. De nem ilyen világos a köztudatban a műteti kezelés időpontjának kiválasztása; az időpont helyes megválasztása itt különösen kulcskérdés. Az indicatio — legyen az a terapia gyógyszeres, vagy műteti formája, fázisa — időpontkritériumot is tartalmaz. Ebben a kérdésben tanácstalan és vár támpontokat az olvasó. A könyv eme ellentmondásának feloldását a jó, időben, céltudatosan alkalmazott szakorvosi konzílium, és a rendszeres ellenőrzés („gondozás”) adhatná; ez azonban csupán kíváncsi, feltétele a jó szervezethez való.

A gyakorló orvosoknak írt könyv tömör, tömörsége a tapasztalatokból fakadó absztrakcióból ered, amely a lényegest emeli ki, mégis könnyen követhetően, finom részletek is gazdagítják, és pontosan olyan kérdésekben ad útmutatást, tanácsokat — lásd például az igen kényes angina pectoris kérdést! —, amiket a betegek szoktak kérdezni az orvostól. Összhatásában pedig betegember-központú könyvet kap kézhez és ennek szellemét teheti magáévá az olvasó.

Felkai Béla dr.

FENTANYL

injekció

ÖSSZETÉTEL: 1 üveg (10 ml) 0,5 mg fentanylumot tartalmaz 10 ml vizes oldatban.

JAVALLATOK: Műteti előkészítés, valamint különböző típusú narcosisok praemedicációjaként Droperidol injekcióval kombinálva. A neuroleptanalgeszában műteti fájdalomcsillapításra: a hasi és mellkasi, az ideg- és érzékszervi, nőgyógyászati, orthopaediai stb. műtéteknél. A neuroleptanalgeszában Droperidol inj.-val együtt alkalmazható.

ELLENJAVALLAT: Sectio caesarea a magzati légzőközpont nagyfokú depressiója miatt.

ADAGOLÁS: Felnőtteknek: Műteti előkészítésre: 0,05–0,1 mg (1–2 ml) Fentanyl 2,5–5 mg (1–2 ml) Droperidollal együtt adagolandó intravenásan 10–15 perccel, vagy intramuscularisan 15–45 perccel a műteti beavatkozás megkezdése előtt. Műteti érzéstelenítésre: 0,4–0,6 mg (8–12 ml) Fentanyl adagolandó intravenásan. Műteti érzéstelenítés fenntartására:

0,05–0,2 mg (1–4 ml) intravenásan. Ez az adag szükség esetén általában 20–30 percenként ismételhető.

Gyermekeknek: Műteti előkészítésre: testsúlykilogrammonként 0,002 mg Fentanyl testsúlykilogrammonként 0,1 mg Droperidollal együtt adagolandó, a műteti beavatkozás megkezdése előtt, intramuscularisan. Műteti érzéstelenítésre: testsúlykilogrammonként 0,010–0,015 mg Fentanyl adagolandó intravenásan vagy 0,015–0,025 mg intramuscularisan. Műteti érzéstelenítés fenntartására: testsúlykilogrammonként 0,001–0,002 mg adagolandó intravenásan vagy 0,002 mg intramuscularisan.

MELLÉKHATÁSOK: Nagyobb dózisok alkalmazásakor kifejezett légzés-depressio alakul ki. A készítmény vagus-tonust fokozó hatásának következtében bradycardia jelentkezhet. Ritkán bronchospasmus, izom-rigiditás léphet fel. A mellékhatások nalorphinnal, atropinnal, illetve izomrelaxánsokkal és lélegeztetéssel megszüntethetők. Megfelelő anaesthesiológiai felkészültség hiányában a készítmény alkalmazása rendkívül kockázatos.

MEGJEGYZÉS: Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézetek felhasználás céljára. Lejáratí idő: 2 év.

CSOMAGOLÁS: 5 × 10 ml 48,80 Ft, 50 × 10 ml 470,— Ft.



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

PH

2405



A Magyar Nőorvos Társaság Északnyugat-dunántúli Sectiója 1976. október 2-án Szombathelyen, a Markusovszky Kórház—Rendelőintézet Központi termében (Markusovszky u.) tudományos ülést rendez.

9.00 óra

Piukovich István dr.: Elnöki megnyitó.

Molnár László dr.: Üdvözlés.

1. Gavallér I., Zeltner Gy., Magyar Zsuzsa (Ózd): A terhesek húgyúti fertőzésének reprezentatív felmérése.

2. Nagy Gy., Visy J. (Mosonmagyaróvár): Lactobacillus vaccinationnal szerzett tapasztalataink terheseknél.

3. Piukovich I., Nyers Ágnes (Zalaegerszeg): Nephrosis syndroma és terhesség.

Czuczor Huba (Zalaegerszeg): Vesebetegség gondozási problémái a reproductio korbán.

5. Illei Gy., Horváth B., Görcs T., Szalai Z., Varga J. (Szombathely): Anaemia, bacteriuria, hypoproteinemia és vaginalis infekciók együttes előfordulása és a terhesség kimenetele terhespathologiai osztályunk beteganyagában.

Vita — Szünet

6. Szilágyi L., Demeter Gy. (Szikszó): Conferonnal szerzett tapasztalataink a terhesgondozásban.

7. Koppányi Csabáné, Koppányi Cs., Bardóczi Á. (Ajka): Oralis és parenteralis vastherapia összehasonlító vizsgálata terhességi anaemiában.

8. Borka I., Nagy T. (Kecskemét): Néhány gyakorlati szempont a terhességi anaemia gondozásában.

9. Bardóczi Á. (Ajka): A terhességi anaemia szerepe a terhesség megszakadásában.

10. Nika Mária, Turcsányi Cs., Bardóczi Á. (Ajka): Anaemia szűrővizsgálatok 3 év anyagából, különös tekintettel az Rh negatív terhesekre, egyéb isoimmunisatióra és az anaemia magzati hatására.

11. Koppány Cs., Kassai L., Bardóczi Á. (Ajka): Vörösvértestek resistenciaváltozása terhességi anaemiában.

12. Turcsányi Cs., Nika Mária, Bardóczi Á. (Ajka): Összehasonlító hidegagglutinációs titervizsgálatok egy év anyagából, különös tekintettel a perinatalis szövődményekre.

13. Béres L., Bardóczi Á. (Ajka): Oxytocinase aktivitásváltozás terhességi anaemiában.

Vita — Zárszó

Az előadások időtartama 10 perc. Vetítési lehetőség 5×5 cm diapo-zitív.

Győr-Sopron megyei Orvosnapok 1976. okt. 7—8. Győr, Zrínyi u. 13.

Október 7., 9 óra

Ünnepélyes megnyitó.

Ülésvezetők: Kelemen István dr., Schreiner László dr.

Prof. Kun Miklós dr. (Bp.): A gastroduodenalis fekélybetegség kezelésének problémái (40 perc).

(Dr. Petz Aladár emlékelőadás) Szántó Tibor dr. (Győr): A gyomorvarrógép szerkezetének története (15 perc).

Patkós Imre dr. (Győr): Petz Aladár által szerkesztett balesetsebészeti műszerek és egyéb segéd-eszközök (15 perc).

Szünet

Ülésvezetők: Szántó Tibor dr., Szabó Pál dr.

Metzl J. dr., Brenner J. dr., Bartha Gy. dr., Horváth Z. dr. (Sopron): Gyermeksebészeti esetek előlása Sopronban (10 perc).

Dolinsky A. CSc. dr. (Dunaszerdahely): Bronchographia a chronicus obstructiós tüdőelváltozásoknál (10 perc).

Németh Gy. dr., Horváth Zsuzsanna dr., (Csorna): Pancreasfejtumorok radikális műtéte (10 perc).

Mátray T. dr., Gunther T. dr. (Győr): Érsérülések ellátása osztályunkon (7 perc).

Vita

Szüle Endre dr.: Megemlékezés Petz Aladár dr. emléklábla avatásánál.

Oktober 7., 14 óra 30 perc

Ülésvezetők: Fábán Ferenc dr., Eöry Gyula dr.

Szüle E. dr., Hajós L. dr. (Győr): Reflux szerepe a pyelonephritis alakulásában. (10 perc).

Kácsér Etelka dr. (Győr): A pyelonephritis és a stomatologiai góc (7 perc).

Szelid Zs. (Győr): Pyelonephritis gyermekeink gondozása (7 perc).

Goda Mária dr., Gergő K. dr. (Győr): Phenacetin nephritis (7 perc).

Varga L. dr., Tózsér Szilvia dr., Szűcs Rozália dr., Zala Ilona dr. (Győr): Pyelonephritis és műtéti érzéstelenítés (7 perc).

Zala Ilona dr., Varga L. (Győr): Intenzív terápiás lehetőségek acut és chronicus pyelonephritis esetén (7 perc).

Bánkuti P. dr., Maróti M. dr., Váry L. dr. (Sopron): Pyelum és vesetumor együttes előfordulása (5 perc).

Váry L. dr. (Sopron): Diagnosztikus problémát okozó kettős fejlődési rendellenesség plasztikai műtéttel történt megoldása (7 perc).

Sipos J. dr. (Csorna): Leukaemia és uraemia (5 perc).

Szeness L. dr., Szeness Ágnes dr. (Győr): Húgyúti fertőzések bakte-

riológiai vizsgálatának tapasztalatai 5 éves anyagunkban (7 perc).

Fél P. dr., Szécskay Á. dr., Kovács D. dr. (Győr): Peritoneal dialysis alkalmazása urológiai betegeken (7 perc).

Vita — Szünet

Ülésvezetők: Láng László dr., Horváth Imre dr.

Niederland V. dr., Poór F. dr. (Mosonmagyaróvár): Korán mobilizált szívizom infarctusos beteganyag utánvizsgálata (10 perc).

Kovács-Szabó K. dr., Varga J. dr. (Győr): Mechanographiás vizsgálatok értéke a szívbetegségek diagnosztikájában (10 perc).

Lukácsi A. dr., Kassaián Katalin dr. (Győr): Ideiglenes pacemaker kezeléssel szerzett tapasztalataink (7 perc).

Poór F. dr., Niederland V. dr. (Mosonmagyaróvár): Heveny szívizom infarctusos betegek korai embóliás szövődményei (7 perc).

Molnár T. dr. (Dunaszerdahely): Status epilepticus az INH intoxicatio után (7 perc).

Goda Mária dr., Téry Nóra dr. (Győr): Szív-amyloidosis (5 perc).

Rohonyi B. dr., Németh P. dr. (Sopron, Pécs): Különleges megjelenésű amyloidosis esetének histopathologiai és histochemiai elemzése (7 perc).

Sósik Ibolya dr., Major A. dr., Kékési F. dr. (Sopron): „Moya-Moya” anomalia tüneti megnyilvánulása előrehaladott terhességben (7 perc).

Grubits J. dr., Vönötky Katalin dr. (Sopron): Cerebrovascularis kórképek elkülönítő kórismézése és terápiája (7 perc).

Vita

Okt. 8., 8 óra 30 perc

Ülésvezetők: Németh Gyula dr., Hochenburger Emil dr.

Czigány J. dr. (Győr): Mily módon és milyen célból végeztek koponyatrepanatiókat a honfoglalás korában (10 perc).

Hoffer L. dr., Németh Gy. dr., Cseri S. dr. (Csorna): Dupla nyelőcső diverticulum együlésben történő megoldása (5 perc).

Gunyhó I. dr., Mátray T. dr., Boga A. dr. (Győr): 10 év pancreatitis eseteink elemzése (10 perc).

Eper T. dr., Metzl J. dr., Németh J. dr. (Sopron): Mammographiás vizsgálataink a műtétek tükrében (7 perc).

Varga L. dr., Láng L. dr. (Győr): Gastrobiopsiával szerzett tapasztalataink (7 perc).

Gunther T. dr., Ajtai B. dr. (Győr): Gyomorreszcaltak utánvizsgálata (10 perc).

Takler S. dr., Németh Gy. dr., Fülöp Gy. dr., Hoffer L. dr. (Csorna): Az acut cholecystitis mielőbbi műtéti kezelése (7 perc).

Szabó P. dr. (Győr): Traumás hasi sérülések (7 perc).

Ajtai B. dr., Gunther T. dr.

(Győr): Hasfali sérvek megoldása irhalebeny plasztikával (7 perc).

Vita — Szünet

Ülésvezetők: Réthly Endre dr.
Szabó István dr.

Kovács Z. dr. (Győr): Az egészségnevelés aktualis kérdései (7 perc).

Luzsa Gy. dr., Pollágh Éva dr. (Mosonmagyaróvár): A Viscum album (Iscaador) szerepe az emlőrák áttétek gyógykezelésében (7 perc).

Réthly E. dr., Tremmel O. dr., Kálló K. dr., Babella V. dr., Kolosár Judit dr. (Sopron): Malignus tumorok synchronisatiós cytostaticus kezelése (10 perc).

Maróti M. dr., Németh L. dr., Váry L. dr. (Sopron): Gyomorrák funiculus metastasisa (5 perc).

Alezy M. dr., Andrejka B. dr., Szomolányi L. dr. (Győr): 6 éves haemoblastosisos anyagunk (10 perc).

Vita

Október 8., 14 óra 30 perc

Ülésvezetők: Major Jenő dr., Németh Zoltán dr.

Schreiner L. dr., Soós Sz. dr. (Győr): Fontosabb szülészeti mutatók alakulása a népesedés politikai határozat óta megyénkben (10 perc).

Metzl J. dr., Major A. dr., Kóbor Gy. dr., Erdélyi L. dr., Kedvesi A. dr. (Sopron): Terhesség alatti spontán léprepedés (5 perc).

Major A. dr., Kóbor Gy. dr., Erdélyi A. dr., Zsolnay M. dr., Bánsági G. dr. (Sopron): Alkoholos infúziókkal szerzett tapasztalataink az idő előtti fájásgyengeség megszűntetésében (7 perc).

Szmodics Sz. dr., Horváth I. dr., Téti Nóra dr. (Győr): A team munka jelentősége a diabeteses terhesek kezelésében (7 perc).

Horváth Gy. dr., Méhes K. dr. (Győr): Gyógyszerallergia in vitro kimutatása lymphocita-transformatióval a Győri Kórházban (10 perc).

Fucker T. dr., Jansakova T. dr., Pintes G. dr. (Dunaszerdahely): Diagnosztikai tévedések előfordulása a paradontium és az arcüregek megbetegedéseinél (10 perc).

Horváth Gy. dr., Fekete Gy. dr. (Győr): Antihistaminicumok célzott adását elősegítő vizsgálatok (7 perc).

Simon Gy. dr., Kasszian Katalin dr. és Németh Z. (Győr): Laparotomizált betegeink prae- és postoperatív szövődményei (7 perc).

Vita — Szünet

Ülésvezetők: Horváth Ottó dr., Horváth György dr.

Nagy A., Ötvös L. dr. (Győr): Superoxid dismutase és peroxydase aktivitás vizsgálata synovialis folyadékokban (7 perc).

Papp G. dr., Szeness Ágnes dr., Pethő Ilona dr. (Győr): Szövődményes brucellosis diagnosztikája és klinikuma (7 perc).

Rácz I. dr. (Győr): A diabetes mellitus modern terápiája, külön-

nös tekintettel az orális medicációra (7 perc).

Szeness L. dr., Szeness Ágnes dr., Németh Livia dr. (Győr): Nem cholelitha vibrációk előfordulása környezetünkben s azok járványügyi jelentősége (7 perc).

Nagy Mária dr., Papp G. dr. (Győr): Mononucleosis infectiosáról eseteink kapcsán (7 perc).

Tóth T. dr. (Győr): Hitocompatibilitási (HL-A) antigenek és egyes betegségek kapcsolatáról, valamint a tünetmentes vírusfordozás kérdéséről (7 perc).

Szeness Ágnes dr., Amtmann I. (Győr): Megyénk egészségügyi intézményeiben használt fertőtlenítő oldatok hatásfokának járványügyi értékelése (7 perc).

Vita

Horváth Ottó dr.: Elnöki zárszó.

A Szolnok megyei Tanács Hetényi Géza Kórház—Rendelőintézet, a Szolnok megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztály, az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete megyei Bizottsága, a Megyei Tudógoondozó Intézet és a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete Észak-alföldi Területi Csoportja

1976. október 7—8—9-én Szolnokon, a Tiszamenti Vegyiművek kultúrházában (Tószegi u.) XVIII. Orvos-Gyógyszerész Napokat rendez.

1976. október 7., 10 óra

Aczél György dr. egészségügyi miniszterhelyettes: Ünneplés megnyitó.

1976. október 11., 11 óra

Plenáris ülés

Üléselnökök: prof. Kulka Frigyes, Pap János dr.

Prof. Berencsi György (Szeged): Bepillantás a vegyi anyagok okozta daganatkeltés kérdéseibe.

Prof. Kedvessy György (Szeged): Korszerű törekvések a gyógyszerképzésben.

1976. október 7., 15 óra

Plenáris ülés

Üléselnökök: Prof. Kedvessy György dr., Csépanyi Attila dr.

Prof. Kulka Frigyes (Szeged): Interdiszciplináris együttműködés perspektívái.

Prof. Sas Mihály (Szeged): Inducált terhességek sorsa és lefolyása.

Üléselnökök: prof. Cserhádi István, Szeghy Gergely dr.

Prof. Csillik Bertalan (Szeged): Molekuláris neuro-anatómia és a klinikum.

Prof. Cserhádi István (Szeged): A lép szerepe, befolyása a vérlemezkeszám alakulására.

Üléselnökök: prof. Sas Mihály, Pintér Sándor dr.

Prof. Zalányi Sámuel (Szeged): A szociológia szerepe az orvoslásban.

Szatmáry Mariann dr. (MAOTE főtitkár): Az általános orvostan oktatásának nemzetközi áttekintése.

1976. október 8., 8 óra 30 perc

A-SECTIO

Üléselnökök: Kun Ákos dr., Mikola Zoltán dr.

Titkár: Faragó Margit dr.

1. Csépanyi Attila dr., Sebestyén Mihály dr., Matuz Dezső dr. (Szolnok): Sürgősségi betegfelvételi osztály 3 hónapos működésének tapasztalatai.

2. Márkus Edit dr., Csépanyi Attila dr. (Szolnok): Hygiénes vizsgálatok tapasztalatai.

3. Szeghy Gergely dr., Csépanyi Attila dr., Kun Ákos dr., Pintér Sándor dr. (Szolnok): Oktató körházi tapasztalatok a Szolnok megyei Kórház—Rendelőintézetben.

4. Bessenyei János dr., Koncz József dr. (Szolnok): Korszerű integrációs formák kialakítása a felnőttvédelmi gondoskodásban.

5. Kardos Józsefné dr. (Szolnok): Az információk gyűjtésének, tárolásának és visszakeresésének új formái az orvostudományban.

6. Rusvai Antal dr., Márkus Edit dr., Szeghy Gergely dr., Csépanyi Attila dr. (Szolnok): Az NDK egészségügyi szervezetének sajátosságai.

7. Rózsás Frigyesné, Csépanyi Attila dr. (Szolnok): Személyzeti munka integrált egészségügyi intézményben.

8. Bolyhos Andrásné, Csépanyi Attila dr. (Szolnok): Személyzeti zési tapasztalatok a középkáderek-nél.

9. Nagy Mihály dr., Csépanyi Attila dr., Dér Endre, Csanády Sándor (Szolnok): Integrált egészségügyi intézet üzemgazdasági szervezési kérdései.

Szünet

Üléselnök: Tarczali Dezső dr.

Titkár: Jámber Endre dr.

10. Szűcs T. dr., Juhász B. dr., Szakáll Sz. dr. (Debrecen): Cardiomypathiakkal kapcsolatos problémák a mindennapi orvosi gyakorlatban.

11. Losonczy I. dr., Kormos M. dr. (Debrecen): Röntgenkép és bronchológiai vizsgálat alapján hörögöráknak kórismézett krónikus tüdőgyulladás gyógyulása.

12. Juhász B. dr., Jakó J. dr. (Debrecen): A szerzett, subcut toxoplasmás lymphadenitiséről eseteink elemzése alapján.

13. Bozsányi Gy. dr. (Tiszacsege): Abdominalis típusú tularaemia esetének ismertetése.

Szünet

Üléselnökök: Hauk István dr., Gyurkicza Blanka dr.

Titkár: Jakics Ilona dr.

14. Oslánszky Ottó dr. (Karcag): Cavinton medicatio hatása a vertebális rheoencephalographiára, vertebrobasilaris minor syndroma eseteiben.

15. Szepcesényi Mária (Szolnok): Gyógyszerek haematológiai mellékhatásai.

16. Elek Kemény Zoltánné (Szolnok): Gyógyszerfelszívódás öregkorban.

17. Varga Judit (Szolnok): A psychopharmacológus és hatásmechanizmusuk.

Szünet

1976. október 8., 15 óra

Üléselnökök: Szeghy Gergelyné dr., Kovács Kálmán.

Titkár: Hoksári János dr.

18. Kovács Pál, Bartal Zoltán (Debrecen): A Morfin Azidóm (+N=N=N=) származékai.

19. Hável Józsefné (Szolnok): Gyógyszeres interakciók.

20. Mester Lajos dr. (Mezőtúr): Porkeverékekben fellépő incompatibilitások.

21. Endrényi Ferenc dr. (Budapest): „U”-vitamin új szovjet gyógyszer és ulcus terápiájában.

22. Tóth Lajosné dr. (Szolnok): Öntött kúp készítése Witepsol 81 segédanyaggal.

23. Lugossy Csongorné (Szolnok): Az antituberculozomok hatásmechanizmusa.

24. Pomázi Margit (Szolnok): Az aerosolok jelentősége.

25. Sánta Katalin (Szolnok): Pepszidvázis szöveti hormonok.

26. Kovács Kálmán (Szolnok): Homeopátiás gyógyszerek.

Szünet

Üléselnökök: Elek Kemény Zoltánné, Molnár Károlyné dr.

Titkár: Sulyok László dr.

27. Kapitány István (Szolnok): A gyógyszerkészítés mikrobiológiai szempontjai és a gyermekgyógyászati oldatok konzerválása.

28. Ferenczi Sándor dr., Czákó László dr. (Szolnok): A speciális insulininfúziókról.

29. Szabó Ildikó dr., Czákó László dr. (Szolnok): Az intravénás tolbutamid-próba jelentősége a spontán hypoglycaemiák diagnosztikájában.

30. Kocsis Károlyné dr. (Szolnok): Reklámpsychológia, a reklám és a felvilágosítás szerepe a gyógyszerészetben.

1976. október 8., 8 óra 30 perc

B-SECTIO

Üléselnökök: Baki Magda dr.

Titkár: Baráth Ida dr.

31. Leskó T. dr., Rákos E. dr. (Püspökladány): A népesedéspolitikai határozat eredményei a püspökladányi járásban.

32. Orosz Á. dr. (Debrecen): Gyermekápolási táppénz változása Debrecen városban.

33. Bőjthe L. dr., Hatvani G., Pintér S. dr. (Rákóczi-falva és Szolnok): Anaemia és significans bacteriuria szűrés terhesek és 0—14 éves gyermekek körében.

34. Borus D. dr. (Debrecen): Methaemoglobinemia előfordulása a falvakban és városokban dolgozó gyermekorvos gyakorlatában.

35. Gyurkó M. dr., Papp dr., Kühlburger dr., Török dr. (Püspökladány): Általános iskolások szűrővizsgálata.

36. Bőjthe L. dr., Kun Á. dr. (Rákóczi-falva és Szolnok): Cryptorchismusra és phimosissra irányuló szűrővizsgálatok 0—14 éves fiúk körében.

37. Kocsis K. dr. (Szolnok): A körzeti orvos és a Vöröskereszt kapcsolata.

38. Kovács K. dr. (Tiszabecs): A körzeti orvosok együttműködése a kórházi, rendelőintézeti, gondozóintézeti orvosokkal a gyógyító-megelőző tudományos munka terén.

Szünet

Üléselnökök: Uzvölgyi Ferenc dr.

Titkár: Nagy Lajos dr.

39. Lakos T. dr. (Debrecen): Vizsgálat a varicositás, mélyvénás thrombosis és a postthromboticus syndroma morbiditására Hajdú-B. megye felnőtt korú lakossága körében.

40. Patakiné, Baráth I. dr. (Vásárosnamény): Komplex lakosságszűrő vizsgálat szervezése, tapasztalatai és szerepe a körzeti orvosi munkában.

41. Mándi I. dr., Kémeri B. dr., Király G. dr., Dobos R. dr. (Hajdúhadháza): Cukorbeteg tömegszűrés tapasztalatai Hajdúhadháza városában.

42. Hámosi F. dr., Csordás J. dr., Papp I. dr. (Szolnok): A parodontológiai szűrővizsgálatok szervezése és szakmai tapasztalatai Szolnok város néhány üzemében.

43. Szántai I. dr. (Cibakháza): Az öngyilkossági cselekmények családi előfordulása.

44. Karácsony J. dr. (Nagykőrös): Az öregek napközi otthona és a területi gondozás együttes megszervezésének és működésének tapasztalatai a körzeti orvos szempontjából.

45. Bozó J. dr. (Rákócziújfalu): Megjegyzések az orvosi etikáról.

Szünet

1976. október 8., 15 óra

Üléselnökök: Koncz József dr.

Titkár: Bőjthe Lajos dr.

46. Ábrahám L. dr., Góhér I. dr., Debreczeny A. dr., Juhász I. dr. (Szolnok és Mezőtúr): Tüdőszűréshez kötött komplex lakosságszűrés szervezése körzetben.

47. Góhér I. dr., Szereday I. dr., Juhász I. dr., Helf L. dr. (Szolnok): Komplex szűrés keretében végzett KALB szűrés tapasztalatairól.

48. Debreczeny A. dr., Farkas S. dr. (Mezőtúr): Lakosság szűréséhez kapcsolódó egyes laboratóriumi paraméterek (HB, SI, vércukor, Lipoid, HBsAg) értékelése.

49. Sonkoly L. dr., Kun Á. dr., Debreczeny A. dr. (Szolnok és Mezőtúr): Komplex lakosságszűrés kapcsán észlelt anaemiás betegek további vizsgálata.

50. Bezzeg I. dr., Nagy K. dr., Debreczeny A. dr. (Szolnok és Mezőtúr): Komplex lakosságszűrés kapcsán észlelt cukorbeteg és hyperlipaemias személyek további vizsgálata.

51. Kenyeres B. dr., Debreczeny A. dr. (Szolnok és Mezőtúr): Komplex lakosságszűrés során kiemelt hyperlipaemias és hyperglycaemias betegek fundus és visus vizsgálata.

52. Gyarmathy J. dr., Czezon Z. dr. (Szolnok): Lakosságszűrés során felderített proteinuriás pyuriás személyek utánvizsgálata.

53. Juhász J. dr. (Szolnok): A komplex lakosságszűrés hasznossága a körzeti orvosi munka szempontjából.

Szünet

Üléselnökök: Várallyai Gyula dr.

Titkár: Karácsony János dr.

54. Kovács É. dr., Juhász B. dr., Vezendi S. dr. (Debrecen): Histiocytosis X. A ritka kórkép jelentősége az orvosi gyakorlatban.

55. Bozsányi Gy. dr. (Tiszacsege): Daganatos betegek helyzetének alakulása Tiszacsege nagyközségben, 1970—1975. között.

56. Juhász B. dr., Szűcs T. dr., Kerékgyártó Z. dr. (Debrecen): Különböző eredetű hyperuricaemiák kezelése allapurinollal (Milurit) a körzeti orvos gyakorlatában.

1976. október 8., 8 óra 30 perc

C-SECTIO

Üléselnökök: Molnár Sándor dr., Figus I. Albert dr.

Titkár: Bányai Edit dr.

57. Bessenyei Mária dr., Rostás Júlianna dr., Pintér Sándor dr. (Szolnok): Az újszülött gyomortartalmának buborékstabilizációs (TESZT) vizsgálata.

58. Horányi Mária dr., Rostás Júlianna dr., Márkus Edit dr., Sebők András dr., Rotyis György dr. (Szolnok): Pyocianus okozta csecsemőkori parotitis.

59. Mészáros Márta dr. (Szolnok): Szívműtetre kerülő gyermekek gondozásának pszichológiai feladatai.

60. Némédi Mária dr., Vámos Jolán dr., Szeghy Gergely dr., Pintér Sándor dr. (Szolnok): Colloidum baby kezelése Neomycin-Panthenol kenőccsel.

61. Tóth Mária dr., Gorbula Ilona dr., Kosztadinov Krisztio dr., Molnár Sándor dr. (Mezőtúr): Salmonella peritonitis kialakulása appendectomia után.

62. Nemes András dr., Vámos Jolán dr., Nagyné Madaras Judit, Chiovini Eszter, Tóth Lászlóné (Szolnok): A 2500 g alatti született gyermekek iskolaérettségi vizsgálata.

63. Németh Johanna dr., Rotyis György dr., Vámos Jolán dr., Pintér Sándor dr. (Szolnok): Légzészavar kétféle kezelés alatt.

64. Rotyis György dr., Urbán Mária dr., Horányi Mária dr. (Szolnok és Tószeg): Megalerythema (erythema infectiosum) halmozott előfordulása.

Szünet

Üléselnökök: Bene Zoltán dr., Veszely Endre dr.

Titkár: Pintér Irén dr.

65. **Pintér Sándor dr., Kovács László dr., † Szontágh Ferenc dr., Boda Domokos dr.** (Szolnok és Szeged): A respirációs distress syndroma megelőzése koraszüléseknél.

66. **Bakos Erika dr., Barta István dr., Jaksics Ilona dr., Pintér Sándor dr.** (Szolnok): A császármetszés és a respirációs distress syndroma összefüggése.

67. **Nyerges László dr., Velösy György dr.** (Szolnok): A szöveti hypoxia, mint tényező a késői terhességi toxikusokban.

68. **Krivácsy Gábor dr., Nyerges László dr., Szabó Antal dr., Velösy György dr.** (Szolnok és Budapest): Toxaemiás terhesek szérum HCS tartalmának vizsgálata immundifúziós módszerrel.

69. **Falábu Károly dr., Bene Zoltán dr., Molnár Ferenc dr.** (Szolnok): Nőgyógyászati laparotomiák 10 éves anyagának értékelése.

70. **Kovács Lajos dr., Veszely Endre dr.** (Jászberény): A sympathicus alfa-receptor gátló helye az eclampsia kezelésében.

71. **Nagy András dr., Uhrin Katalin dr., Zsákai Csilla, Büttner Károly dr.** (Szolnok és Mátraháza): Tumor ovarii inoperabilis.

72. **Horváth Lajos dr., Rózsa Sándor dr., Veszely Endre dr.** (Jászberény): Lutein cysták jelenlétéből kórismézett molaterhesség.

73. **Orosz Ferenc dr., Kabdebó Ottó dr., Kovács Iván dr.** (Mezőtúr): Császármetszés alatt kialakult DIC esete.

74. **Barta István dr., Krivácsy Gábor dr., Furár Mária dr.** (Szolnok): Idiopathiás thrombocytopenia és terhesség.

S z ü n e t

1976. október 8., 15 óra

Üléselnökök: **Lajos István dr., Romhányi István dr.**

Titkár: **Vámos Jolán dr.**

75. **Faragó Margit dr., Szeghy Gergely dr.** (Szolnok): Retinalis pigment epithelitis-chorioretinitis centralis serosadisciformis macula degeneratio.

76. **Karsay Koppány dr., Szeghy Gergely dr., Faragó Margit dr.** (Szolnok): Cerebellaris teratomákról.

77. **Nagy Irén dr., Niederland Katalin dr., Szeghy Gergely dr.** (Szolnok): A „piros macula” klinikai tünete.

78. **Süle Ferenc dr.** (Karcag): Rendszerelméleti koncepciók a pszichiátriai osztály szervezésében.

79. **Tornjosi Mária, Cserne István dr.** (Karcag): Tapasztalataink a csoportmódszerről pszichiátriai osztályon.

80. **Molnár G. Etelka dr., Hauk István dr., Sebők András dr.** (Szolnok): Eosinophil granuloma.

81. **Sebők András dr., Hauk István dr., Molnár G. Etelka dr.** (Szolnok): Partialis gégerectio.

82. **Nagy István dr., Irás Mátyás dr.** (Szolnok): Aspergillus okozta arcüreg gyulladás.

1976. október 9., 9 óra

A-SECTION

Üléselnökök: **Helf László dr., Detre Edit dr.**

Titkár: **Nagy Irén dr.**

83. **Prof. Böszörményi Miklós (Bp.):** A tbc múltja, jelene, jövője.

84. **Prof. Mihóczy László (Debrecen):** A pulmonológia helyzete és jövője az orvostudományban.

85. **Prof. Hutás Imre (Budapest):** Újabb eljárások az obstructív légzőszervi elváltozások korai felismerésében.

86. **Buda József dr., Osváth Károly dr., Helf László dr., Boros Ferenc dr., Detre Edit dr., Gohér Ilona dr., Laczó Erzsébet dr., Nagybalai Júlia dr.** (Pécs, Töröksejtmiklós és Karcag): A neurosis jelentősége Szolnok megyei tüdőgondozó-intézetekben.

S z ü n e t

Üléselnökök: **Lakatos Károly dr., Simon Emil dr.**

Titkár: **Szabó Éva dr.**

87. **Helf László dr. és mtsai (Szolnok):** Az aspecifikus tüdőmegbetegedések jelentősége Szolnok megyében.

88. **Góhér Ilona dr., Szeredai Ildikó dr., Juhász Irma dr., Helf László dr.** (Szolnok): Komplex tüdőszűrés tanulságai Szolnok város IV. körzetében.

89. **Perényi György dr., Büttner Károly dr., Dénes Lenke dr.** (Szolnok): Dibromdulcit (DBB) kezeléssel szerzett tapasztalataink.

90. **Juhász Pál dr., Dénes Lenke dr., Büttner Károly dr., Galambos Gabriella dr., Somogyi Ilona dr.** (Szolnok): Aspecifikus BCG immuntherápia tüdőtumoros beteganyagban.

91. **Simon Emil dr., Mucsi Imre dr.** (Szolnok): Tapasztalatok bronchofiberoscopiával 2000 vizsgálat alapján.

92. **Mucsi Imre dr., Simon Emil dr., Nagy András dr.** (Szolnok): Transbronchiális tüdőbiopsia.

S z ü n e t

Üléselnökök: **Kretter Rudolf dr., Mécs János dr.**

Titkár: **Besze Judit dr.**

93. **Ifkó Iván dr., Seres Zoltán dr.** (Budapest): A lélegeztető készülékek minősítő vizsgálatának műszaki mérései.

94. **Szendrei László dr., Mécs János dr.** (Szolnok): A szolnoki mellkassebészeti osztály integrált betegforgalma és 5 éves tapasztalata.

95. **Pásztor József dr.** (Szolnok): Státus asthmaticus, mint intenzív terápiás probléma.

96. **Rádeczky Gábor dr.** (Szolnok): A rekesz sebészeti betegségei.

97. **Nagy-György Éva dr., Rádeczky Gábor dr., Szabó Mihály dr.** (Szolnok): Nyaki spondylarthrosis hatása a rekeszmozgásra.

V i t a

1976. október 9., 15 óra

Üléselnökök: **Rusvai Antal dr., Szücs Eszter dr.**

Titkár: **Németh Johanna dr.**

98. **Pap János dr.** (Szolnok): A gyakori orvos, mint szakértő.

99. **Varga István dr., Izsák Tibor dr.** (Jászberény): Infartusos betegek korai felkeltése.

100. **Gelléri Dezső dr.** (Szolnok): „Non invasiv” kardiológiai vizsgálatok módszerei és jelentőségük a vele született és szerzett vitiumok diagnosztikájában.

101. **Uhrin Katalin dr., Nagy András dr., Zsákai Csilla (Szolnok, Mátraháza):** A coarctatio aortae néhány szövödménye.

102. **Torday Zsigmond dr., Nádai Sarolta dr., Magyar László dr.** (Szolnok): Tapasztalatok ischaemiás szívbetegség klinikum kezelésével.

103. **Ábel Aladár dr., Papp Magdolna dr.** (Szolnok): Az enzimdiagnosztika lehetőségei miocardialis infarctusban.

104. **Kazi Zsuzsanna dr., Vadász János dr., Czákó László dr., Elek Kemény Zoltán dr.** (Szolnok): Tapasztalataink a Quarelin tablettával különböző eredetű fejfájások kezelésében.

105. **Salac András dr., Simon László dr., Figus I. Albert dr.** (Jászberény): Methylnmethionin sulphonium chlorid (U-vitamin) alkalmazása fekélybetegségekben.

106. **Koncz Lajos dr., Gyurkicza Blanka dr., Bényei Magdolna dr.** (Szolnok és Töröksejtmiklós): Autoimmun thyreoiditis.

107. **Szabó Éva dr., Rusvai Antal dr.** (Szolnok): Intracranialis keringésmozgást utánnó aortaruptura.

108. **Békési Ildikó dr., Izsák Tibor dr.** (Jászberény): Diabetes mellitus beteganyagunk érszövödményei.

109. **Sulyok László dr., Szücs Eszter dr.** (Szolnok): Gastrofiberoscopia tapasztalataink eddigi eseteink kapcsán.

1976. október 9., 8 óra 30 perc
B-SECTION

Üléselnökök: **Velösy György dr., Czákó László dr.**

Titkár: **Varga Dudás Katalin dr.**

110. **Durst János dr., Berencsi György dr.** (Szolnok és Szeged): Újabb eredményeink a listeriosis kutatásában.

111. **Bényei Magdolna dr., Lengyel Bertalan dr.** (Szolnok): Trichinella fertőzést követő hypocorticalismus.

112. **Stefánel István dr., Lengyel Bertalan dr.** (Szolnok): Sarjadzógombák előfordulása thermál-fürdők vizében.

113. **Farkas Béla dr., Varga Gizella dr.** (Karcag): A rüh epidemiológiai helyzete Karcag városban és környékén.

114. **Vadász János dr., Muócz Erzsébet dr., Kazi Zsuzsanna dr., Velösy György dr.** (Szolnok): A vér laktat-szintjének változása cardio-

respiratoricus megbetegedésekben.

115. Nagy Sándor dr., Molnár Ida dr., Velösy György dr. (Szolnok): Laktát értékek korrekciója populációs mérések alapján.

116. Furár Mária dr., Rábik Jenőné dr., Kun Ákos dr. (Szolnok): Pánel-sejtek alkalmazása a vérminták laboratóriumi vércsoport meghatározásakor.

117. Farkas Sándor dr., Debreczeny András dr. (Mezőtúr): Véradók körében végzett lipoid szűrés szervezési és laboratóriumi methodikája.

118. Debreczeny András dr. (Mezőtúr): Véradók általános és komplex gondozásának bevezetésére irányuló kísérlet eddigi eredménye.

Szünet

Üléselnökök: Németh János dr., Kárpáti Ferenc dr.

Titkár: Rostás Júlianna dr.

119. Czezon Zoltán dr., Hámori Ferenc dr., Gyarmathy Jolán dr., Tönköl Imre dr., Németh János dr. (Szolnok): Vesebeteg szűrővizsgálatok egy nagyüzem dolgozóinál (TVM).

120. Egressy Gábor dr., Horváth József dr., Ábel Aladár dr., Papp Magdolna dr. (Szolnok): Urobacteriális fertőzöttség és gyógyszerérzékenység a kórházi gyakorlatban.

121. Horváth József dr., Egressy Gábor dr. (Szolnok): Kórházban kezelt férfi járóbeteg hűgyszervi szűrővizsgálata.

122. Matuz Dezső dr., Czezon Zoltán dr., Rédl Jenő dr., Kondics Szilvia dr. (Szolnok): Hypertoniás betegek urológiai szűrővizsgálatának jelentősége.

123. Olexik László dr., Kondics Szilvia dr., Matuz Dezső dr. (Szolnok): Chronikus uraemiás szindróma képében jelentkező plasmocytomás eseteink.

124. Tönköl Imre dr., Németh János dr., Czezon Zoltán dr. (Szolnok): A penisrák klinikuma.

125. Zsákai Csilla, Nagy András dr., Uhrin Katalin dr. (Szolnok): Még egyszer az antikoncepciós tablettákról.

Üléselnökök: Clemens Marcell dr., Hőgye Anna dr.

Titkár: Horti Judit dr.

126. Magyar Levente dr., Detky Barna dr. (Jászberény): A perhangyasavas bemosakodás alkalmazásából leszűrt tapasztalatok sebészeti osztályunkon.

127. Dobrai István dr., Clemens Marcell dr. (Karcag): Az osztályunkon 1960–1976-ig appendicitis acuta perforativa miatt operált betegek analízise.

128. Mikola Zoltán dr., Nagy Sándor dr. (Karcag): Kutyamarás mindkét felső végtag elvesztésével járó esete.

129. Detky Barna dr., Gönci László dr., Magyar Levente dr. (Jászberény, Bp.): Intraoperatív cholangiographia jelentősége az epeút-reoperációk tükrében.

130. Baranyi Árpád dr. (Jászberény): A narcoticum kóros hatásainak csökkentése a műtőben.

131. Fábán László dr. (Karcag): Masszív hasúri vérzéssel járó epehólyag perforatio.

132. Takács Géza (Szolnok): A peritoneális dialysis.

Szünet

Üléselnökök: Bogdándy György dr., Münich Béla dr.

Titkár: Bakos Erika dr.

133. Münich Béla dr., Szegedi László dr. (Szolnok): Ejtőernyős ugrásból származó súlyos polytraumatizáció.

134. Nagy Sándor dr. (Karcag): Mutatóujj alapízületének mozgáselektroakadása.

135. Nagy László dr., Münich Béla dr. (Szolnok): Magas fibulatóréssel szövődött valódi talocruralis ficam esete.

136. Vekszler György dr. (Szolnok): Lunatum pseudocysta operált esete 12 éves gyermeknél.

137. Rózsa Sándor dr. (Jászberény): AGA thermokamera alkalmazása az emlő onkológiai diagnosztikájában.

138. Késmárky József dr., Tóth János dr. (Szolnok): A gyomor és nyombél hátsó falának átfúródása.

139. Benczédi Gyula dr., Pataki Ferenc dr., Öltvényi János dr. (Szolnok): Retroperitoneális daganatok.

140. Öltvényi János dr., Pataki Ferenc dr., Benczédi Gyula dr. (Szolnok): Familiarisan előforduló malignus tumor eseteink.

141. Szekres József dr., Clemens Marcell dr. (Karcag): Végbélrák miatt operált betegek elemzése.

142. Kondics Szilvia dr., Benczédi Gyula dr., Pataki Ferenc dr., Rusvai Antal dr. (Szolnok): Neoplasma okozta gyomor-vastagbél sipoly.

A Magyar Munkahigiénikusok Társasága és a Magyar Üzemegészségügyi Tudományos Társaság 1976. október 4–6. közötti rendező — nemzetközi részvétellel — kongresszusát.

Általános tudnivalók:

A kongresszus helye: Országos Munka- és Közegészségügyi Intézet; Budapest IX., Nagyvárad tér 2.

Részvételi díjak: a Társaság tagjai, valamint MOTESZ tagok részére 200,— Ft; nem tagok részére 300,— Ft.

Regisztrálás helye: Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet (IX., Nagyvárad tér 2.).

Regisztrációs időpontja: Vasárnap (október 3.) 14–20 óra. Hétfő (október 4.) 8–12 óra, 14–15.30 óra. Kedd (október 5.) 8–15 óra.

Társadalmi program: Fogadás: 1976. október 5-én, a Budapest Szállóban, 20 órakor. Részvételi díj: 180,— Ft.

Felvilágosítást a kongresszussal kapcsolatban a MOTESZ kongressz-

szusi Szervező Iroda (V., Kossuth Lajos tér 4., Tel.: 124-501) ad.

1976. október 4. 8.30 óra

Ünnepi közgyűlés

Zsögön Éva dr. egészségügyi államtitkár: Megnyitó.

10.30 óra

1. Timár M., Adamis Z., Ungváry Gy. (Budapest): A közetek és porok ásványtani jellemzőinek (összetétel, felület, szemcsemegoszlás) szerepe az in vivo és in vitro hatásban.

2. Adamis Z. (Budapest): Ásványi porok hatása patkány peritoneális makrofágok foszfor anyagcseréjére.

3. Kárpáti J. (Budapest): A gravimetriás porvizsgálatok első tapasztalatai.

4. Ulrich L., Malik E., Sulcová M. (Bratislava): Dinas téglák gyártásakor keletkező por agresszivitása.

5. Litchfield, M. H. (Anglia): Az üzemi veszélyeztetettség toxikológiai megítélése.

6. Berencsi Gy., Nagymajtényi L. (Szeged): Vegyi kombinációk szerepe a Paracut tüdőspecifikus hatáskörében.

7. Sawinszky A., Pásztor G. (Szolnok): Üvegházi peszticid expozíció munkahigiénés vizsgálata.

8. Izmirova, N., Iwanowa-Chemianska, L., Iwanov, I., Benchew, Iv., Kozuharova, Ts. (Szófia): Munkaegészségügyi vizsgálatok üvegházakban.

9. Dési I., Szlobodnyik J., Dura Gy. (Budapest): Kisfokú peszticid toxicitás gyors meghatározása, szövetnyészetre gyakorolt hatás vizsgálataival.

10. Wysocka-Paruszevska, B. (Varsó): Néhány szervesfoszfor tartalmú insecticid akut és chronikus toxicitása patkányokban.

Szünet

14.45 óra

11. Lehotzky K., Magda K. (Budapest): Spirolacton és atropin hatása experimentalis szerves foszforavészter mérgezésben.

12. Süveges M.-né, Bergou J.-né, Cseh I.-né, Hudák A., Mányai S., Ungváry Gy., Végh A.-né (Budapest): Egyszeri po. fenitrothion adag hatása tartósan ethanolal kezelte patkányok májára.

13. Jäger, K. W. (Hollandia): 1,3-propanszulfon, egy erős carcinogen anyag.

14. Hudák A., Rodics K., Stuber I., Ungváry Gy. (Budapest): Toluol inhaláció hatása terhes GFY patkányokra és magzataikra.

15. Noszko, M., Spasowski, M. (Szófia): Klórvinillel dolgozók májfunkciója és chemopoesise.

16. Horváth F., Kákossy T., Horváth D. (Budapest): A vinilklorid okozta osteolysis.

Szünet

17. Sztamova, N., Gincseva, N., Spasowski, M., Bobev, G., Kirjakov,

K., Iwanowa, St., Panova, D., Noszko, M., Csurolinov, D., Hristeva, V., Karadzsova, H., Uzunova, D. (Szófia): Poliamid fonál készítő munkahigiéniája és egészségi állapota.

18. Kujalova, V. (Prága): CS₂ expozíció hatása a szénhidrátanyagcserére.

19. Mikiska, A., Mikisková H. (Prága): CS₂ krónikus és akut expozíció hatása patkányokra, elektrofiziológiai vizsgálatok.

20. Kürktschier, St., (Szófia): Benzin és benzol hatásának kitett dolgozók neurózisának aetiologiája.

21. Nikolova, Pr., Halatcheva, L. (Várna): Réz, vas, kobalt és cink koncentráció változása experimentális mangán behatásra.

22. Molnár M., Barna T., Kovács A.-né, Tóth T. (Budapest): Fémnyomok radioizotópos vizsgálatának lehetősége biológiai anyagokból.

23. Bordás I., Nagy S., Gábor S., Papilian, V. (Cluj-Napoca): Kadmiummal kiváltott herekárosodás rézhiányos állatoknál.

24. Dienes, S., Ureche-Pantea, R., Fremda, Zs., Székely M., Selényi-Szabó Zs. (Tirgu Mures): Megfigyeléseink a kerámiaiparban előforduló ólommergezéses esetek tüneteire és kezelésére vonatkozóan.

Október 5., 8.00 óra

25. Molnár J., Paksy Á. (Budapest): Egy PSP retentiós teszt alkalmazása néhány fémvegyülettel végzett toxicitási vizsgálatokban patkányokon.

26. Chmieleńska, J., Balcerska, I., Breznicka, E. (Lódz): Szerves és szervetlen Hg szintje a májban és ennek kapcsolata a patkányvér szérumban levő néhány enzim aktivitásával.

27. Cikrt, M. (Prága): Az Unithiol és Spironolaktón hatása Hg²⁰³ epeváladékkal való kiválasztása patkányban.

28. Ponsold, W., Pankov, D., Glatzel, W., Tietze, K. (Halle): A CO behatás utáni motoros idegvezetési sebesség vizsgálata.

29. Mikisková, H., Frantik, E., Holusa, R., Mikiska, A. (Prága): A CO expozíció hatása laboratóriumi állatokra, különös tekintettel a kísérleti kardiopathiára.

30. Pintér I., Hatta L., Sánta L. (Budapest): A zajadatbank szerepe a zajokozta halláskárosodás megelőzésében.

31. Hatta L., Martin J., Pintér I., Székely A. (Budapest): Zajokozta halláskárosodás értékelésének problémája.

32. Grzesik, J., Pluta, E., Kowalska, H., Kochan, P. (Sosnowiec): Zajexpozícióknak kitett populáció halláskárosodása audiometriai véleményezésének kritikai értékelése.

33. Kubik, S. (Bratislava): Korrekciók a munkahelyeken megengedhető legnagyobb zajszintek meghatározásához.

Szünet

34. Griefahn, B. (Mainz): Alvászavar zajadaptációnál.

35. Spreng, M. (Erlangen): Elektrofiziológiai és pszichológiai eredmények zajokozta magatartás változásánál.

36. Klotzbücher E. (Berlin): Zajbehatás fiziológiai funkciókra, fizikai és szellemi munka közben.

37. Denga, K. (Gdania): A zaj hatása hajógyári csiszolók vérkeringési rendszerére.

38. Myszkowski, A., Klajman, S., Sowa, J. (Gdania): Hajózáj és tengeri betegség.

39. Zorn, G. (Hamburg): Zaj és vibráció, mint hajóorvosi probléma.

40. Enderlein, G., Roth, R., Schultz, W. G., Lösch, R. (Berlin): Zaj és rezgés expozíció az NDK foglalkozási betegségeinek tükrében.

41. László A., Kvočka F., Fauszt I. (Budapest): Faipari üzemek zajvizsgálata.

42. Akira Okada (Japan): Zaj és vibráció kombinált hatásának vizsgálata a vérnyomásra.

43. Lelkes J., Fauszt F., Kiss T., Márk B. (Pécs): Non invasív áramlási vizsgálatok vibráció okozta Raynaud-syndromában.

Szünet

14.45 óra

44. Kákossy T. (Budapest): Új egyszerű eljárás a vibrációs eredetű Raynaud phænomen objektív diagnosztikájában.

45. Nedelcheva, K., Kirkov, Vl., Hadzsieva, J. (Szófia): A vibrációs megbetegedések szimpatiko-adrenalin szempontjai.

46. Lukas, E. (Prága): A vibrációs betegség neurológiai komplikációi.

47. Hrasovec, B. (Celje): A rázkódás befolyása a kéz csuklócsontjaira.

48. Láng I.-né, Rózsahegy I. (Budapest): Caissonmunkások otoneurológiai vizsgálata.

49. Reichel, G. (Bochum): Pneumokoniozis a vasércbányászatban.

50. Mándi A., Galgóczy G., Galambos E., Horváth F., Csukás A.-né (Budapest): Az obstructív légúti megbetegedés gyakorisága öntődei munkásoknál és alumíniumkohászoknál.

51. Mikov, M. (Novi Sad): Kvarcporral exponált dolgozók szilikózis és krónikus bronchitise.

Szünet

52. Bainova, A., Koitcheva, V. (Szófia): Az általános morbiditásnak, mint az egészségi állapot ismérvének vizsgálata a poliuretán gyártásban.

53. Naus, A. (Prága): Ipari anyagok szaglószervre gyakorolt hatása.

54. Saupe, M., Meinhart, P. (Halle): Szűrővizsgálatok egységes dokumentálására szolgáló módszerek.

55. Thiele, H. (Berlin): Oki betegséganalízis munkahigiénés szempontból.

56. Somosi Gy., Lerch J., Grossmann M., Medgyesi P., Dömötör L.,

Széll Gy. (Budapest): A százhalombattai Dunai Kőolajipari Vállalatnál végzett komplex munkahigiénés vizsgálat néhány tapasztalata.

Október 6., 8.00 óra

57. Béleczi L. (Budapest): Az üzemegészségügyi ellátás szervezete, működése és továbbfejlesztése.

58. Tari E. (Budapest): A gondozás, mint az üzemorvos gyógyító-megelőző tevékenységének módszere.

59. Häublein, H. G., Schulz, W. (Berlin): Munkahigiénés professziogram, mint az üzemorvos munkaeszköze.

60. Flam T. (Budapest): Az építőiparban dolgozók egészségügyi ellátásának megszervezése Budapesten.

61. Rohmert, W. (Darmstadt): Munkarendszerekben ható terhelés meghatározására szolgáló módszer.

62. Borsky, I., Hubacova, L., Strelka, F. (Bratislava): Pulzusválaszok változása fizikai munka közben.

63. Formaggini M., Balogh I., Pátyi Gy.-né (Budapest): A táppénzes morbiditás alakulásának összehasonlító vizsgálata a Ganz-MÁVAG két kiemelt gyáregységében, 1975. évi statisztikai adatok alapján.

64. Soproni L., Zalányi S. (Szeged): A Nagyalföldi Kőolaj- és Földgáztermelő Vállalat (NFKV) Szank és Szeged üzemének táppénzes morbiditása 1971-75. évben.

65. Hollósi L. (Budapest): Harminc éve, illetve annál hosszabb ideje egy üzemben dolgozók szűrővizsgálata.

66. Kastélyi E., Fauszt I. (Budapest): A morbiditás és a munkakörülmények összefüggésének vizsgálata az élelmiszeriparban.

Szünet

67. Szymcsák, H. (Gdania): Betegség miatti hiányzások okainak vizsgálata lengyel balti halászoknál.

68. Alexieva, Zw., Uschewa, G., Ivanov, K., Grodzdev, I., Iwanowa, S., Hadzieva, I., Trendafilova, R., Pawlova, S., Iwanowa, H. (Szófia): Az ólom okozta károsodás epidemiológiai vizsgálata Bulgária akkumulátoriparában.

69. Grund, W. (Berlin): Fémlepedék komplex érzékelése. Hegesztő munkahelyek ellenőrzésére szolgáló üzemi eljárás.

70. Tóth N., Bodó É. (Budapest): Növényvédelmi szakmunkások biológiai vizsgálatának tapasztalatai Győr-Sopron megyében.

71. Debreczeni L., Dános L. (Komló): Tízéves bányamentési tapasztalataink a Mecseki Szénbányákban.

72. Kőhegyi I., Somos, Kopjár, Meláth (Pécs): Mérgezési esetek vizsgálata Baranya megyében, különös tekintettel a foglalkozás közben bekövetkezett megbetegedésekre.

73. Baán A., Király J. (Budapest): Fluorsavas sérüléseknél alkalmazható elsősegélynyújtás és a meg-

előzettel kapcsolatos munkavédelmi teendők.

74. Cseh S., Gelencsér J. (Győr): Ingerlő hatású gázok felszabadulása festett alkatrészek megmunkálása során keletkezett hő hatására.

75. Szilárd Sz., Szentgyörgyi D. (Leninváros): Újabb adatok a toluol toxicológiájához májbiopsiás vizsgálatok alapján.

Szünet

14.45 óra

76. Kienle E. (Pécs): Nagyterez irodaházak munkaegészségügyi vizsgálatának tapasztalatai.

77. Hassmann P., Hassmanová, V., Juran, J., Sverák, J. (Hradec-Kralove): Foglalkozási trinitrotoluol-hályogos személyek egészségi állapota.

78. Kayser, T., Schindler, W. (Rostock): Munkahigiénés normatívák hajóépítő üzemekben való bevezetésének tapasztalatai.

79. Csörsz K. (Baja), Gábris L. (Izsák), Timár L. (Hódmezővásárhely), Vajtai I. (Baja): Traktorosok szűrővizsgálata foglalkozási ártalmak felderítése céljából.

80. Djordjevic, M., Mikov, M. (Novi Sad): A vertebrobasilaris insufficiencia jelentősége az általa okozott atlas posterior iv. variációknál a munkaképesség megítélésében.

81. Fauszt F., Draveczy E. (Pécs): Vibrációs ártalmak előfordulása ércbányászoknál.

82. Pál T., Berki L., Fehér B. (Pécs): Komplex érrendszeri szűrővizsgálatok bányász populációban.

Szünet

83. Oltvai P. (Budapest): Keresőképtelen morbiditás vizsgálata szív- és érrendszeri betegségek esetében.

84. Bonczos L., Beck L. (Budapest): Cardiovascularis morbiditás zaj- és vibrációs expozícióban dolgozóknál.

85. Szigethy B. (Sirok): Üzemegészségügyi szolgáltatón belüli nővédelmi tanácsadások kialakítása és az üzemben belüli komplex terhesgondozás jelentősége, annak 10 éves tapasztalataival.

86. Adorján I. (Miskolc): Dohányzási tilalom szerepe egyes foglalkozási megbetegedések megelőzésében.

87. Király J. (Budapest): Az üzemorvos szervezői és kutatói feladatai a vegyi anyagok larvált hatásainak komplex felmérésénél.

ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	T á r g y
1976. szept. 29. szerda	VIII. ker. Tanács Kállai Éva Kórház VIII., Kun u. 4.	délután 14 óra	VIII. Ker. Tanács Kállai Éva Kórház Orvosi Kara	1. Réffy Antal, Vadász Erzsébet, Mészai László: Esetismertetés. 2. Ülkei Eszter, Néményi György: Velosy-féle vasmeghatározással kapcsolatos tapasztalataink.
1976. október 1. péntek	Semmelweis OTE I. Szemklinika tanterme VIII., Tömő u. 25–29.	délután 15 óra	Magyar Szemorvos Társaság	1. Kincses Éva (Debrecen): Immunológiai vizsgálatok sympathiás ophthalmia esetén. 2. Kovács Bálint (Pécs): Centrális serousus retinopathia photocoagulációját követő entoptikus jelenségek. 3. Prof. T. Krawawicz (Lublin): Cryotechnikai műtétek.
1976. október 1. péntek	Debrecen OTE I. Belklinika tanterme	délután 16 óra	Debreceni Orvostudományi Egyetem	1. Prof. J. Korpás (Csehszlovákia): Egy új respirációs reflex és annak gyakorlati jelentősége (20 perc). 2. Prof. Pap Károly: Útkeresés a csont és szalagszakadás gyógyításában (15 perc). 3. Pohánka Ödön, Török Imre: A koraszülés gyakoriságát meghatározó és befolyásoló fontosabb tényezők (15 perc).
1976. október 4. hétfő	Pécs OTE Központi Épület	délután 16 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakszaporija	1. Szelényi Zoltán, Eugen Zeisberger, Kurt Brück: A centrális noradrenerg rendszer szerepe a hőtermelés szabályozásában fiatal tengerimalacban (15 perc). 2. Varró József, Mezei Béla, Lelkes József, Herr Gyula: Felsővégtag angiographia (20 perc). 3. Pácsa Sándor, Pejsnik Béla: A herpesvírus, rubellavírus és cytomegalovírus szerepének vizsgálata magzati károsodásokban (15 perc). 4. Karátsón András, Hübler János, Juhász József: A heveny veselégtelenség prognózisát meghatározó tényezők, különös tekintettel a gyulladásos szövödményekre (15 perc).
1976. október 5. kedd	Semmelweis OTE Idegklinika előadóterme VIII., Balassa u. 6.	délután 17 óra	Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága	Dr. Környei István tiszteletére rendezett tudományos ülés. 1. Pálffy György: Újabb eredmények a sclerosis multiplex kutatásában. 2. Molnár László: Az uni- és a bilaterális elektroshock hatásáról. 3. Baltardri László: A vele született kisagykéreg atrophia. 4. Szántó József: Adatok az arteria carotis interna thrombosisának keletkezéséhez. 5. Kopa János: Az intracranialis aneurysmák microchirurgiája és a direkt nagyításos carotis angiographia. 6. Schab Rezső: A Lithium hatásmechanizmusáról. 7. Csánaky Artur: Az antiepileptikus szerek színtmeghatározásának jelentőségéről. 8. Pintér Nándor: Rajzvizsgálatok epileptikus betegeknél temporalis lobectomia után (az előadások időtartama egyévesen 10 perc).

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat. 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 15 000 példányban

A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116–660

MNB egyszámlasszám: 69.915.272–46

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál, a Posta hírlapüzletében és a Posta Központi Hírlap Irodánál (Budapest, V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Szerkesztőség: 1363 Budapest, V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 121–804, ha nem felel: 122–765

Előfizetési díj egy évre 216,— Ft, negyedévre 54,— Ft, egyes szám ára 4,50 Ft



76.2547 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674